Аарон Бек, Артур Фримен

КОГНИТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ



Aaron Beck, Arthur Freeman
Cognitive Therapy of Personality Disorders, 1990
Серия: Практикум по психотерапии
Издательство: Питер
2002 г.

В книге представлен обзор литературы по теоретическим и прикладным вопросам когнитивной психотерапии, обсуждаются общие проблемы диагностики и лечения, дается анализ формирования схемы и ее влияния на поведение.

Подробно раскрыты следующие основные темы: влияние схем на формирование личностных расстройств; убеждения и установки, характеризующие каждое из нарушений; природа отношений пациента с психотерапевтом; реконструкция, модификация и реинтерпретация схем.

Представленный клинический материал детализирует особенности индивидуального лечения каждого типа личностных расстройств. В качестве иллюстраций приводятся краткие описания случаев из клинической практики.

Книга адресована как специалистам, придерживающимся когнитивно-бихевиористской традиции, так и всем психотерапевтам, стремящимся пополнить запас знаний и научиться новым методам работы с расстройствами личности.

Благодарности
Предисловие
Часть I. История, теория и методы
- Глава 1. Введение в когнитивную психотерапию расстройств личности
    1. Когнитивно-поведенческий подход к расстройствам личности
    2. Клинические исследования
    3. Выводы
- Глава 2. Теория расстройств личности
    1. Эволюция межличностных стратегий
    2. Взаимодействие между генетическим и межличностным
    3. Происхождение дисфункциональных убеждений
    4. Обработка информации и личность
    5. Характеристики схем
    6. Роль эмоций в личности

7. От восприятия к поведению
8. Внутренняя система контроля
9. Изменения в организации личности
- Глава 3. Когнитивные профили
  1. Чрезмерно развитые и недоразвитые паттерны
  2. Отдельные когнитивные профили
  3. Стили мышления
  4. Краткое изложение характеристик
- Глава 4. Общие принципы когнитивной психотерапии
  1. Формулировка случая
  2. Акцент на взаимоотношениях между психотерапевтом и пациентом
  3. Проблемы при сотрудничестве
- Глава 5. Специализированные методы
  1. Когнитивные стратегии и методы
  2. Поведенческие методы

Часть II. Клиническое применение

- Глава 6. Параноидное расстройство личности
  1. Особенности параноидного расстройства личности
  2. Теоретические воззрения
  3. Когнитивная интерпретация
  4. Подходы к лечению
  5. Выводы
- Глава 7. Шизоидное и шизотипическое расстройства личности
  1. Шизоидное расстройство личности
  2. Шизотипическое расстройство личности
- Глава 8. Антисоциальное расстройство личности
  1. Исторический обзор
  2. Лечебные вмешательства
  3. Случай из практики
  4. Лечение антисоциального расстройства личности с сопутствующими расстройствами Оси I
  5. Лечение пациентов с антисоциальными чертами личности
  6. Выводы
- Глава 9. Пограничное расстройство личности
  1. Введение
  2. История концепции «пограничного» расстройства
  3. Особенности пограничного расстройства личности
  4. Оценка
  5. Теоретическое осмысление
  6. Стратегия вмешательств
  7. Отдельные вмешательства
  8. Выводы
- Глава 10. Гистрионное расстройство личности
  1. Исторический обзор
  2. Клиническая оценка
  3. Осмысление с точки зрения когнитивного подхода
  4. Подходы к лечению
  5. Отношения между психотерапевтом и пациентом
  6. Отдельные когнитивные и поведенческие методы
  7. Выводы
- Глава 11. Нарциссическое расстройство личности
  1. Исторический обзор
  2. Когнитивное осмысление
  3. Когнитивная оценка
  4. Случай из практики
  5. Цели когнитивной психотерапии
  6. Отдельные лечебные вмешательства

7. Принципы взаимодействия психотерапевта и пациента
8. Дополнительные лечебные вмешательства
9. Выводы
- Глава 12. Избегающее расстройство личности
  1. Введение
  2. Исторический обзор
  3. Дифференциальная диагностика
  4. Теоретическое осмысление
  5. Подходы к лечению
  6. Предупреждение рецидивов
  7. Реакции психотерапевта
  8. Направления будущих исследований
  9. Выводы
- Глава 13. Зависимое расстройство личности
  1. Исторический обзор
  2. Характеристики ЗРЛ
  3. Диагностика
  4. Теоретическое осмысление
  5. Подходы к лечению
  6. Отношения между психотерапевтом и пациентом
  7. Когнитивные и поведенческие вмешательства
  8. Завершение психотерапии
- Глава 14. Обсессивно-компульсивное расстройство личности
  1. Исторический обзор
  2. Экспериментальные и клинические данные
  3. Когнитивное осмысление психотерапии
  4. Характеристики ОКРЛ
  5. Диагностические критерии и стратегии оценки
  6. Сопутствующие расстройства Оси I
  7. Подходы к лечению
  8. Отдельные методы когнитивной психотерапии
  9. Случай из практики
  10. Предупреждение рецидивов
  11. Выводы
- Глава 15. Пассивно-агрессивное расстройство личности
  1. Диагностические особенности
  2. Исторический обзор
  3. Экспериментальные и клинические данные
  4. Осмысление с точки зрения когнитивной психотерапии
  5. Стратегии оценки
  6. Основные клинические стратегии
  7. Отдельные методы
  8. Случай из практики
  9. Предупреждение рецидивов
  10. Проблемы психотерапевта
- Глава 16. Обобщения и перспективы
  1. Оценка
  2. Клинические проблемы

Приложение. Содержание схем при расстройствах личности
Предметный указатель
Литература

Благодарности

Выход в свет любой книги связан с шестью важными этапами. Первый из них — это нервная дрожь и возбуждение при начале работы над книгой. На этой ранней стадии предлагаются, разрабатываются, видоизменяются, отвергаются, переоцениваются и по-новому формулируются различные идеи. Причиной написания этой книги, как и многих других наших работ, послужила клиническая необходимость в сочетании с научным интересом. Пациенты с личностными

расстройствами были частью клиентуры практически каждого психотерапевта нашего Центра. Идея этой книги возникла из еженедельных клинических семинаров, проводимых Аароном Т. Беком. По мере развития этой идеи с нами делились информацией и клиническим опытом коллеги из Пенсильванского университета и центров когнитивной психотерапии со всей страны, за что мы им очень признательны. Многие из них стали нашими соавторами и оказали большое влияние на направленность и содержание этой книги. Их блестящий ум и клиническая проницательность привнесли в эту книгу живость изложения.

Второй важный этап в рождении книги — создание рукописи. Теперь идеи получили конкретное воплощение и изложены на бумаге. Именно с этого момента начинается процесс обретения формы. Лоуренс Трекслер заслуживает всяческих похвал за то, что взял на себя ответственность за просмотр и доработку многих глав. Это придало проекту целостность и внутреннюю связь.

Третий этап начинается, когда рукопись отправлена в издательство. Сеймур Вайнгартен, главный редактор издательства «Гилфорд пресс», многие годы был другом когнитивной психотерапии. (Дар предвидения и мудрость Сеймура помогли ему более десяти лет назад опубликовать ставшую классической работу «Когнитивная психотерапия депрессии» (*Cognitive Therapyof Depression*).) Благодаря его помощи и поддержке работа над книгой смогла подойти к своему завершению. Ведущий редактор Джудит Громен и редактор Мария Стрейбери сделали рукопись удобочитаемой без ущерба для содержания и направленности текста. Наряду с другими сотрудниками издательства они завершили работу над книгой.

Четвертый этап связан с окончательной редакцией и набором рукописи. Тина Инфорцато оказала нам добрую услугу, неоднократно набирая текст черновых вариантов отдельных глав. На заключительном этапе ее способности проявились с особым блеском. Она собрала разбросанные по тексту библиографические ссылки, внесла в текст множество сделанных нами исправлений и создала компьютерную версию книги, с которой и проводился типографский набор. Карен Мадден хранила черновики книги и заслуживает благодарности за свое упорство. Донна Батиста помогала Артуру Фримену поддерживать организованность, несмотря на его участие в различных проектах. Барбара Маринелли, руководитель Центра когнитивной психотерапии Пенсильванского университета, как всегда взяла на себя основной объем работы и позволила Беку сосредоточиться на создании этой книги и других научных работ. Доктор Уильям Ф. Раньери, председатель Совета по психиатрии Университета терапии и стоматологии Нью-Джерси и Школы остеопатической медицины, также был сторонником когнитивной психотерапии.

Заключительный этап — публикация книги. Итак, уважаемые коллеги, вы держите в руках нашу книгу, которая, как мы надеемся, окажется полезной для вас.

Мы искренне благодарим своих спутниц жизни Джадж Филлис Бек и доктора Карен М. Саймон за их неоценимую поддержку.

Продолжающееся до сих пор сотрудничество основных авторов книги началось с отношений между студентом и преподавателем и развивалось последние 13 лет при взаимном уважении, восхищении, привязанности и дружбе. Мы многое узнали друг от друга.

Наконец, пациенты, с которыми мы работали целые годы, позволили нам разделить их бремя. Именно их боль и страдание побудили нас создать теорию и методы, получившие название когнитивной психотерапии. Они многому нас научили, и мы надеемся, что смогли помочь им начать жить более полноценной жизнью.

Аарон Т. Бек,

доктор медицины, Центр когнитивной психотерапии Пенсильванского университета

Артур Фримен,

доктор педагогических наук, Институт когнитивной психотерапии, Университет терапии и стоматологии Нью-Джерси

Предисловие

В течение десятилетия, прошедшего с издания книги Аарона Т. Бека и его коллег «Когнитивная психотерапия депрессии», когнитивная психотерапия получила значительное развитие. Этот метод стал применяться для лечения всех распространенных клинических синдромов, включая тревогу, панические расстройства и пищевые нарушения. Изучение результатов применения когнитивной психотерапии показало ее эффективность в лечении широкого круга клинических расстройств. Когнитивная психотерапия применялась ко всем возрастам (детям, подросткам, гериатрическим пациентам) и использовалась в различных условиях (амбулаторно, в стационаре, для пар, групп и семей).

Используя накопленный опыт, настоящая книга впервые рассматривает весь комплекс когнитивной психотерапии расстройств личности.

Работа когнитивных психотерапевтов привлекла к себе внимание во всем мире; повсюду в Соединенных Штатах и Европе были созданы центры когнитивной психотерапии. На основе обзора работы клинических и консультирующих психологов Смит (Smith, 1982) сделал вывод, что «когнитивно-поведенческий подход сегодня является одним из самых сильных, если не самым сильным» (р. 808). Начиная с1973 года интерес к когнитивным подходам среди психотерапевтов вырос на 600 % (Norcross, Prochaska & Gallagher, 1989).

Большая часть исследований, теоретических разработок и клинической подготовки в области когнитивной психотерапии проводилась в Центре когнитивной психотерапии в Пенсильванском университете или в центрах, организованных теми, кто обучался в этом центре. В основе данной работы лежат семинары и разборы первичных больных, проводившиеся Беком в течение многих лет. Когда мы решили написать книгу, в которой мы могли бы изложить понимание, достигнутое в ходе нашей работы, мы отдавали себе отчет в том, что одному или двум людям невозможно охватить все рассматриваемые расстройства. Поэтому для работы над книгой мы собрали группу обучавшихся в Центре когнитивной психотерапии известных и талантливых психотерапевтов, каждый из которых писал раздел по своей специализации. Мы отвергли идею отредактированного текста, в котором предлагается ряд несопоставимых (или слишком детальных) наблюдений. В интересах цельности и последовательности изложения мы решили, что эта книга будет результатом совместных усилий всех ее авторов.

Каждый автор взял на себя ответственность за определенную тему или расстройство. Затем с черновым материалом по каждой теме знакомились все авторы, что должно было стимулировать плодотворное сотрудничество и способствовать последовательности изложения, после чего материал возвращался первоначальному автору (или авторам) для исправлений и доработки. Хотя эта книга — результат работы нескольких авторов, все они ответственны за ее содержание. Основные авторы каждой из глав будут указаны ниже. Интеграцией материала, заключительным редактированием и обеспечением связности текста занимался Лоуренс Трекслер (доктор философии; больница Френдз, Филадельфия, Пенсильвания).

Книга состоит из двух частей. В первой части предлагается широкий обзор исторических, теоретических и психотерапевтических аспектов темы. Затем следуют клинические главы, которые детализируют индивидуальное лечение определенных личностных расстройств. Клинические главы соответствуют трем группам, описанным в третьем издании «Руководства по диагностике и статистической классификации психических расстройств» (*DSM-III-R*) (АРА, 1987). Группа *A* — нарушения, которые описаны как «странные или эксцентричные», включает параноидное, шизоидное и шизотипическое расстройства личности. Группа *B* включает антисоциальное, пограничное, гистрионное и нарциссическое расстройства личности, которые описаны как «драматические, эмоциональные или сумасбродные». Группа *C* включает «людей, одержимых тревогой или страхом», которые попадают в категории избегающего, зависимого, обсессивно-компульсивного и пассивно-агрессивного расстройств личности.

Над первой частью книги работали Аарон Т. Бек, Артур Фримен и Джеймс Претцер (доктор философии; Кливлендский центр когнитивной психотерапии, Кливленд, Огайо). В первой главе Бек и Претцер описывают когнитивно-поведенческий подход к общим проблемам направления, диагностики и лечения пациентов с расстройствами личности. Здесь даны общие сведения о том, как формируется схема и как она влияет на дальнейшее поведение пациента. Особенности этого процесса применительно к отдельным расстройствам рассматриваются в соответствующих главах. Затем рассматриваются клинические наблюдения, сделанные в рамках когнитивной психотерапии личностных расстройств.

Во второй главе Бек объясняет, как формируются процессы, протекающие в личности, и как они выполняют адаптивную функцию в жизни человека. Начиная с рассмотрения эволюционных аспектов, Бек подробно останавливается на том, как схемы (и конкретные комбинации схем) влияют на развитие различных заболеваний. Описаны основные стратегии адаптации, а также типичные убеждения и установки для каждого из расстройств личности. Обработка информации и определенные виды искажения информации привязаны к таким характеристикам, как плотность, активность и валентность схем.

В рамках каждого расстройства личности преобладают определенные убеждения и стратегии, которые формируют характерный профиль. В третьей главе Бек продолжает рассмотрение типичных чрезмерно развитых и слаборазвитых стратегий для каждого расстройства. Он утверждает, что стратегии могут вытекать из определенного опыта или компенсировать этот опыт. Описание когнитивных профилей, включая представление о себе, представление о других, общие убеждения, основную воспринимаемую угрозу, основную копинг-стратегию и первичные аффективные реакции, позволяет применять широкий диапазон когнитивных и поведенческих вмешательств.

В четвертой главе Бек и Фримен обсуждают общие принципы когнитивной психотерапии

расстройств личности. Глубинные схемы могут быть выведены в результате беглого анализа автоматических мыслей пациента. Использование воображения и повторного переживания психотравмирующего опыта может активизировать глубинные схемы. Затем эти схемы рассматриваются в психотерапевтическом контексте. Описаны основные методы когнитивной психотерапии с особым акцентом на случаях из практики. Также рассматриваются такие вопросы, как психотерапевтическое сотрудничество, ролевое моделирование и использование домашних заданий. Психотерапевтические отношения, важные в любой психотерапевтической работе, при работе с пациентами с расстройствами личности играют особенно важную роль. Наконец, в главе рассматриваются специфические проблемы взаимоотношений между психотерапевтом и пациентом, известные как «сопротивление». При исследовании различных причин несогласия в психотерапии Бек и Фримен выделяют несколько категорий трудностей; ими исследуются проблемы пациента (например, ригидность, боязнь изменений), проблемы психотерапевта (например, ригидность, недостаток навыков) и проблемы, свойственные психотерапевтическим отношениям (например, проблемы власти, вторичная выгода).

В пятой, последней, главе этой части Бек и Фримен детализируют определенные когнитивные и поведенческие методы лечения пациентов с расстройствами личности. Они выделяют три теоретические возможности для изменения схем: реконструкция, модификация и реинтерпретация. Определяя и проверяя схемы пациента, психотерапевт может определить как содержание, так и направление лечения, после чего он может помочь пациенту в работе по изменению дисфункциональных схем и, возможно, построению новых, более функциональных схем.

Шестая глава, написанная Джеймсом Претцером, открывает раздел, связанный с клинической работой. В этой главе автор вводит нас в проблему параноидного расстройства личности. С этой малоисследованной группой расстройств связано несколько специфических проблем, и прежде всего высокая степень подозрительности. Претцер дает свое теоретическое осмысление, которое затем иллюстрирует примерами психотерапевтических вмешательств. Используя многочисленные зарисовки из практики, он демонстрирует читателю процесс когнитивной психотерапии. Он также выделяет некоторые из типичных проблем, с которыми психотерапевт сталкивается при работе с параноидными личностями.

В седьмой главе Риджина Оттавиани (доктор философии; Центр когнитивной психотерапии, Чиви Чейз, Мэриленд) описывает шизоидное и шизотипическое расстройства личности. Рассмотрена история термина «шизоидный» в сравнении с его современной трактовкой в *DSM-III-R.* Описаны проблемы диагностики и лечения, а также основные убеждения шизоидного пациента. Обсуждаются проблемы психотерапевта, что может помочь выявить потенциальные препятствия в психотерапии. Затем Оттавиани описывает шизотипического пациента. Предлагая когнитивное осмысление психотерапии, она также описывает часто встречающиеся проблемы Оси I, которые связаны с шизотипическим расстройством личности.

В восьмой главе Дениза Д. Дейвис (доктор философии; университет Вандербильт, Нашвилл, Теннесси) начинает описание заболеваний группы *B* с обсуждения антисоциального расстройства личности. Учитывая, что антисоциальные пациенты обычно обращаются за помощью по просьбе (или требованию) других людей, чаще всего правоохранительных органов, их лечение связано с некоторыми специфическими проблемами. Дейвис детально разрабатывает тему важности участия пациента в лечении, установки пределов и вовлечения пациента в планирование домашних заданий. Она указывает на важность добровольного сотрудничества психотерапевта и пациента. Обсуждаются такие сопутствующие нарушения Оси I, как алкоголизм и наркомания; клиницисту рекомендуется быть готовым к возможности суицида, которая часто не учитывается в этой группе пациентов.

В девятой главе Претцер рассматривает наиболее распространенное и, возможно, наиболее сложное расстройство этой группы — пограничное расстройство личности. Диагноз пограничного расстройства появился в последние годы и во многих случаях продолжает быть категорией, к которой относят пациентов, не попадающих в другие категории. Претцер подробно обсуждает проблемы, связанные со схемами и представленные в теоретических главах. Обсуждение этих вопросов помогает выявить когнитивные процессы в данном синдроме. Как «специалист по дихотомиям», пограничный пациент может вызвать напряжение у психотерапевта. И здесь снова делается акцент на установку жестких границ, совместные психотерапевтические усилия и ориентацию на цель когнитивного подхода в психотерапии.

Десятая глава, написанная Барбарой Флеминг (доктор философии; университет Кейс Уэстерн Резерв и Кливлендский центр когнитивной психотерапии, Кливленд, Огайо), посвящена гистрионному расстройству личности. «Истерия», находившаяся в центре внимания раннего психоанализа, существует как диагностическая категория около четырех тысяч лет. Флеминг знакомит читателя с историей развития этого понятия до сегодняшнего дня. Она переосмысливает это расстройство в когнитивных

терминах и затем излагает принципы его лечения. Специфические когнитивные искажения гистрионного пациента определены и как диагностические признаки, и как цели для лечения. Детально объясняется, как помочь таким пациентам корректировать их поведение и изменять стратегический подход к решению жизненных задач.

В одиннадцатой главе Дениза Дейвис рассматривает нарциссическую личность. После обзора различных трактовок понятия «нарциссизм» Дейвис применяет идею социального научения к пониманию расстройств личности. Она представляет когнитивное осмысление как основу лечения. Нарциссическое расстройство личности часто усложняет лечение нарушений, связанных с Осью I. Рассматривая психотерапию как «обычное» мероприятие, пациент с нарциссическим расстройством личности может прервать психотерапию, чтобы не казаться «обычным». Дейвис предлагает модель лечения таких пациентов, иллюстрируя ее множеством клинических примеров.

Джудит Бек (доктор философии; Центр когнитивной психотерапии, Университет Пенсильвании, Филадельфия, Пенсильвания) и Кристина Падески (доктор философии; Центр когнитивной психотерапии, Ньюпорт Бич, Калифорния) являются соавторами двенадцатой главы, в которой описывается когнитивная психотерапия избегающего расстройства личности. В этой главе, начинающейся с обсуждения расстройств группы *C* , раскрываются темы самоосуждения, ожидания отвержения и убеждения, что любые неприятные эмоции или столкновения невыносимы. Эти пациенты избегают многого, например неприятных эмоций, переживаний и других людей. Даже самая простая проблема часто интерпретируется ими как катастрофическая и становится избегаемой. После выявления типичных автоматических мыслей и убеждений авторы описывают схемы, которые лежат в основе этого расстройства. Как в дидактическом, так и в клиническом материале особое внимание уделено лечению тревожного компонента и необходимости выработки специальных навыков.

Тринадцатая глава — вторая глава, написанная Барбарой Флеминг. Сосредоточиваясь на зависимых личностях, она противопоставляет видимое сотрудничество зависимого пациента нежеланию сотрудничества, характерному при других расстройствах личности. За первоначальным сотрудничеством и улучшением часто следует фрустрация (со стороны психотерапевта) ввиду сохранения симптомов. Хотя эти пациенты способны использовать свои межличностные стратегии для психотерапии, выполняя домашние задания и проявляя более независимые новые формы поведения, они могут сопротивляться действительному изменению, чтобы сохранить зависимые отношения с психотерапевтом. Обсуждаются убеждения пациента относительно компетентности, отказа и независимости в связи со множеством клинических примеров.

Четырнадцатая глава посвящена обсессивно-компульсивным расстройствам личности. Это наиболее распространенное расстройство личности обсуждают Карен М. Саймон (доктор философии; Центр когнитивной психотерапии, Университет Пенсильвании, Филадельфия, Пенсильвания) и Джеймс Майер (доктор философии; Центр лечения депрессии, Денвер, Колорадо). В современном обществе, стремящемся к эффективности и производительности, высоко ценятся эмоциональный контроль, дисциплина, настойчивость, надежность и вежливость. Но у обсессивно-компульсивной личности эти характеристики доведены до крайности, и то, что может быть конструктивной стратегией, становится дисфункциональным. Такой пациент ригиден, склонен к перфекционизму, догматичен, погружен в размышления и нерешителен. Описано когнитивное содержание автоматических мыслей, убеждений и стратегий. Авторы обсуждают сопутствующие сексуальные и психосоматические проблемы, а также депрессию. Саймон и Майер используют несколько клинических примеров, чтобы продемонстрировать свой подход к лечению.

В пятнадцатой главе Риджина Оттавиани описывает когнитивную психотерапию пассивно-агрессивного расстройства личности. Оппозиционный и иногда обструкционистский стиль, который часто характеризует эту клиническую группу, является главным препятствием в лечении. Поскольку такие пациенты имеют тенденцию избегать конфронтации, они могут пассивно принимать психотерапию, но при этом постоянно создавать препятствия на пути к изменению. Эти пациенты часто рассматривают изменение как свою капитуляцию перед психотерапевтом, поэтому стиль пациента лучше всего характеризуется фразой «Да, но…». Развивая свою мысль, Оттавиани с помощью клинических примеров демонстрирует, как осуществляется когнитивный подход в психотерапии этого расстройства.

Наконец, в шестнадцатой главе Бек и Фримен делают общие выводы и намечают перспективы клинической и исследовательской работы в области когнитивной психотерапии расстройств личности.

Часть I.
История, теория и методы

Глава 1.
Введение в когнитивную психотерапию расстройств личности

Психотерапия пациентов с различными расстройствами личности обсуждалась в клинической литературе с момента возникновения психотерапии. Рассмотренные Фрейдом классические случаи Анны О. (Breuer & Freud, 1893–1895/1955) и человека-крысы (Freud, 1909/1955) на основе современных критериев могут быть диагностированы как расстройства личности. Определения и параметры для понимания этих серьезных хронических состояний были сформулированы в «Руководстве по диагностике и статистической классификации психических расстройств» (*DSM-I*) Американской психиатрической ассоциации (APA, 1952), а затем расширены и усовершенствованы, что отражено в новейшей версии этого руководства (*DSM-III-R*) (APA, 1987). Большая часть литературы по психотерапевтическому лечению расстройств личности появилась не так давно, но количество таких работ быстро растет. Главной теоретической ориентацией в существующей литературе по расстройствам личности, как и в психотерапевтической литературе вообще, всегда была психоаналитическая (Abend, Porder & Willick, 1983; Chatham, 1985; Goldstein, 1985; Gunderson, 1984; Horowitz, 1977; Kernberg, 1975, 1984; Lion, 1981; Masterson, 1978, 1980, 1985; Reid, 1981; Saul & Warner, 1982; Waldinger & Gunderson, 1987).

Когнитивно-поведенческий подход к расстройствам личности

В последнее время поведенческие (Linehan, 1987a, b; Linehan, Armstrong, Allmon, Suarez & Miller, 1988; Linehan, Armstrong, Suarez & Allmon, 1988) и когнитивно-поведенческие психотерапевты (Fleming, 1983, 1985; Fleming & Pretzer, в печати; Freeman, 1988a, b; Freeman & Leaf, 1989; Freeman, Pretzer, Fleming & Simon, 1990; Pretzer, 1983, 1985, 1988; Pretzer & Fleming, 1989; Young & Swift, 1988) начали формулировать и предлагать когнитивно-поведенческий подход к лечению. Книга Миллона (Millon, 1981) — одна из немногих работ в области расстройств личности, имеющая социально-поведенческую направленность. В начале своего развития когнитивный подход использовал идеи «эго-аналитиков», почерпнутые из работ Адлера, Хорни, Салливана и Франкла. Хотя эти психотерапевтические новшества рассматривались психоаналитиками как радикальные, когнитивная психотерапия на ранних стадиях развития была во многих отношениях «инсайт-терапией», в которой в значительной степени использовались интроспективные методы, предназначенные для изменения «личности» пациента (Ellis, 1962; Beck, 1967). Пользуясь этими ранними работами, Бек (Beck, 1963, 1976; Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979; Beck & Emery with Greenberg, 1985) и Эллис (Ellis 1957a, b, 1958) стали первыми, кто начал использовать широкий диапазон поведенческих методов лечения, включая выполнение в естественных условиях структурированных домашних заданий. Они постоянно указывали на психотерапевтическое воздействие когнитивных и поведенческих методов не только на симптомы, но также и на когнитивные «схемы» или убеждения, контролирующие поведение. Когнитивные психотерапевты работают на двух уровнях — структуры симптома (проявление проблем) и лежащей в его основе схемы (подразумеваемые структуры). Большинство исследований психотерапевтической практики свидетельствуют о том, что пациенты обычно имеют основные или «глубинные» проблемы, которые являются центральными и для когнитивных нарушений (например, негативная «Я»-концепция), и для проблемного поведения (например, зависимое поведение) (Frank, 1973). Когнитивная модель психотерапии постулирует тезис о том, что важные когнитивные структуры являются категориально и иерархически организованными. Широкий диапазон проблем пациента может быть отнесен к одному классу, и на эти проблемы могут повлиять изменения в одной или нескольких схемах. Эта формулировка согласуется с основными современными теориями когнитивной структуры и когнитивного развития, причем все они подчеркивают значение схем [1] как детерминант поведения, регулируемого правилами (Neisser, 1976; Piaget, 1970, 1974, 1976, 1978; Schank & Abelson, 1977). Схемы определяют фокус, направление и качество жизни в обычных и непредвиденных обстоятельствах.

Теоретики когнитивной психотерапии, как и психоаналитики, полагают, что обычно при лечении расстройств личности более продуктивно выявлять и изменять «глубинные» проблемы. Эти две школы различаются во взглядах на характер глубинной структуры, и различие заключается в том, что представители психоаналитической школы считают эти структуры неосознаваемыми и труднодоступными для пациента. Напротив, когнитивные психотерапевты придерживаются мнения, что данные явления в значительной степени осознаваемы (Ingram & Hollon, 1986) и при специальной подготовке могут быть еще более доступны для осознания. Дисфункциональные чувства и поведение

(согласно теории когнитивной психотерапии) в значительной степени обусловлены определенными схемами, которые лежат в основе искаженных суждений и сопутствующей им тенденции допускать когнитивные ошибки в некоторых типах ситуаций. Основная посылка когнитивной модели психотерапии заключается в том, что главным источником дисфункциональных эмоций и поведения у взрослых являются ошибки атрибуции, а не отклонения в мотивации или реакциях (Hollon, Kendall & Lumry, 1986; Mathews & MacLeod, 1986; MacLeod, Mathews & Tata, 1986; Zwemer & Deffenbacher, 1984). В другой работе было показано, что у детей клинические когнитивные паттерны связаны с психопатологией так же, как соотносятся между собой когнитивные и эмоциональные паттерны, обычно обнаруживаемые среди взрослых (Beardslee, Bemporad, Keller & Klerman, 1983; Leitenberg, Yost & Carroll-Wilson, 1986; Quay, Routh & Shapiro, 1987; Ward, Friedlander & Silverman, 1987), и что у детей и взрослых эффективная когнитивная психотерапия может проводиться сходным образом (DiGiuseppe, 1983, 1986, 1989).

Ввиду долгосрочной природы характерологических проблем у пациентов с нарушениями личности, распространенного среди них уклонения от психотерапии, частого направления на лечение в результате давления семьи или требований закона и их видимого нежелания или неспособности меняться именно они обычно являются наиболее трудными пациентами среди клиентуры клинициста. В целом они требуют большей работы в пределах сессии, более продолжительного времени для психотерапии, большего напряжения сил, энергии и терпения психотерапевта, чем большинство других пациентов. По этой причине при работе с такими пациентами нередко эффект психотерапии невелик, возникают трудности в получении согласия на лечение, наблюдаются невысокие темпы изменений и низкий уровень удовлетворенности как психотерапевта, так и пациента.

Эти пациенты, обращаясь за помощью, обычно говорят о проблемах, не связанных с их личностью, чаще всего жалуясь на депрессию и тревогу, которые по классификации *DSM-III-R* относятся к Оси I. Сообщаемые жалобы на депрессию и тревогу могут либо не иметь отношения к паттернам Оси II, либо проистекать из личностных расстройств Оси II и поддерживаться ими. Курс психотерапии гораздо сложнее, когда имеется комбинация психических нарушений, относящихся к Оси I и Оси II. В когнитивной психотерапии расстройств личности должны быть изменены продолжительность лечения, частота психотерапевтических сессий, цели и ожидания психотерапевта и пациента, а также доступные методы и стратегии. Учитывая трудности, присущие работе с расстройствами личности, удивительно, насколько состояние этих пациентов улучшается в результате применения модифицированного когнитивного подхода к психотерапии, описанного в этой книге.

Пациенты с расстройствами личности часто рассматривают трудности, с которыми они сталкиваются при общении с другими людьми или выполнении каких-либо задач, как внешние по отношению к ним и в основном не зависящие от их поведения. Они часто говорят о себе как о жертве других людей или, более глобально, «системы». Такие пациенты часто не имеют представления о том, как они стали такими, какие они есть, как они создают себе проблемы или как им измениться. Эти пациенты часто направляются на лечение членами их семей или друзьями, которые распознают дисфункциональные паттерны или больше не могут справиться с этими людьми. Некоторые пациенты направляются на лечение по решению суда. Людям из последней группы часто предоставлен выбор, например идти в тюрьму или к психотерапевту (Henn, Herjanic & VanderPearl, 1976; Moore, Zusman & Root, 1984).

Другие пациенты хорошо осознают пагубный характер своих личностных проблем (например, чрезмерная зависимость, различные комплексы, чрезмерное избегание), но не понимают, как они дошли до этого состояния или как им измениться. Некоторые пациенты могут понимать этиологию своих личностных расстройств, но при этом не уметь меняться.

В то время как диагноз при некоторых расстройствах личности может быть основан на рассказах больных в ходе начальных сессий, у других пациентов диагностические показатели могут не появляться до начала лечения. Клиницист первоначально может не осознавать характерологической природы, хронического характера и серьезности проблем личности пациента (Koenigsberg, Kaplan, Gilmore & Cooper, 1985; Fabrega, Mezzich, Mezzich & Coffman, 1986; Karno, Hough, Burnam, Escobar, Timbers, Santana & Boyd, 1986). Часто именно у этих пациентов отмечаются самые серьезные проблемы в социальной сфере (Casey, Tryer & Platt, 1985). Некоторые пациенты обращаются к психотерапевту только для симптоматического лечения острых проблем. В случаях, когда может быть показано сосредоточенное на схеме лечение расстройств личности (см. главы 3, 4 и 5), пациент и психотерапевт не договариваются автоматически о перечне проблем или целей лечения. При обнаружении проблем Оси II пациент может не захотеть работать над расстройствами личности, а скорее займется симптомами, с которыми он обратился. Важно помнить, что при лечении в центре внимания находятся цели пациента, а не других людей (включая психотерапевта). Поскольку схемы пациента — это агент и одновременно цель психотерапевтического изменения, психотерапевт может работать с пациентом,

чтобы развить доверие к себе в целях дальнейшей работы как над симптомами, так и над схемой. Ранний диагноз и планирование лечения, вероятно, более эффективны (Morrison & Shapiro, 1987).

Некоторые пациенты Оси II не сообщают о личностных проблемах из-за недостатка их понимания или осознания либо из-за их осознания, но непринятия. Другие пациенты с нарушениями личности отрицают такие проблемы, что является отражением самих расстройств. Эффективность когнитивной психотерапии в любой данный момент зависит от степени, в которой ожидания пациентов относительно целей психотерапии конгруэнтны таковым у их психотерапевта (Martin, Martin & Slemon, 1987). В ситуации лечения важны взаимное доверие и признание психотерапевтом желаний пациентов (Like & Zyzanski, 1987). Силовая борьба вокруг противоречий, касающихся целей лечения, обычно препятствует успеху (Foon, 1985). Совместная постановка цели — одна из наиболее важных особенностей когнитивной психотерапии (Beck et al., 1979; Freeman et al., 1990).

В некоторых случаях пациент может не хотеть меняться, потому что то, что психотерапевт может определять как расстройство Оси II, выполняло для пациента полезную функцию во многих жизненных ситуациях. Эти виды поведения, возможно, были функциональны в ситуации работы, но стоили человеку больших личностных издержек. Например, Мэри, 23-летний программист, пришла на психотерапию из-за «угнетенности работой, неспособности наслаждаться жизнью, перфекционистского подхода фактически ко всем задачам и общей изоляции от людей». Она была очень старательной на своей работе, но получала от нее мало удовлетворения. Она постоянно не успевала закончить работу вовремя. «Он не понимает, что я работаю очень медленно и тщательно. Он лишь хочет, чтобы я работала быстро, но у меня свои стандарты, которых я считаю нужным придерживаться». Ей приходилось брать работу домой на выходные и задерживаться в офисе до 7 или 8 вечера в рабочие дни, чтобы сделать работу по своим «стандартам». В школе и дома компульсивные черты ее личности вознаграждались. Преподаватели всегда отмечали ее аккуратность в работе, и по окончании школы она получила много наград. Теперь работа занимала все ее время, и она больше не получала вознаграждений за свой перфекционизм. У нее было мало времени для друзей, досуга или развлечений (Freeman & Leaf, 1989, p. 405–406).

Пациенты с зависимой личностью иногда идеально подходят для военной службы ввиду своей исполнительности. Человек в возрасте 66 лет с диагнозом обсессивно-компульсивного и избегающего расстройств личности, заявил: «Лучшее время в моей жизни — это служба в армии. Я не заботился о том, что мне надеть, что делать, куда идти или что есть».

Эвристические признаки, которые могут указывать на возможность наличия проблем Оси II, включают следующие сценарии.

1. Пациент или значимый другой сообщает: «О, он всегда делал это, даже когда был ребенком» или же пациент может сообщить: «Я всегда был таким».

2. Пациент не соблюдает режим психотерапии. Это несогласие (или «сопротивление») обычно для многих проблем и обусловлено многими причинами, но продолжительное неподчинение следует рассматривать как сигнал для дальнейшего исследования проблем Оси II.

3. Психотерапия внезапно останавливается без видимой причины. Клиницист, занимающийся этими пациентами, нередко помогает им снимать беспокойство или депрессию, но его дальнейшая психотерапевтическая работа блокирована расстройством личности.

4. Пациенты полностью не осознают влияния их поведения на других. Они отражают реакции других людей, но не в состоянии рассматривать любое свое провокационное или дисфункциональное поведение.

5. Вызывает сомнение наличие у пациента мотивации к изменению. Эта проблема особенно актуальна для тех пациентов, которые «были посланы» на психотерапию членами семьи или судом. Пациент на словах стремится к психотерапии и признает необходимость изменений, но явно избегает их.

6. Проблемы личности пациентов кажутся им приемлемыми и естественными. Например, депрессивный больной без диагноза Оси II может сказать: «Я просто хочу избавиться от этой депрессии. Я знаю, что значит хорошо себя чувствовать, и я хочу снова чувствовать себя так». Пациент с диагнозом Оси II может видеть проблемы, как бы сам являясь ими: «Я такой и есть», «Это и есть я». Это ни в коем случае не указывает на то, что пациента устраивает такой стиль личности и соответствующее поведение. Пациент с избегающим расстройством личности может хотеть более активно общаться с людьми, но считает себя неполноценным человеком. С другой стороны, пациент с нарциссическим расстройством личности может не признавать никаких проблем, кроме отказа или нежелания других восхищаться им и ценить его.

Расстройство личности является, вероятно, одной из наиболее ярких иллюстраций разработанной Беком концепции «схемы» (Beck, 1964, 1967; Beck et al., 1979; Freeman, 1987; Freeman et al., 1990). Схемы (определенные правила, которые управляют обработкой информации и поведением) могут быть

разделены на ряд категорий, таких как личностные, семейные, культурные, религиозные, гендерные или профессиональные схемы. Схемы могут быть выведены из поведения или оценены в ходе беседы и при сборе анамнеза. В случае пациентов с диагнозом Оси II психотерапевтические усилия направлены именно на работу со схемами. Положение определенных схем на континууме от активных (гипервалентных или валентных) к неактивным (скрытым или латентным) и их положение на континууме от «непроницаемых» до изменчивых является для психотерапевта важным параметром, который можно использовать в понимании проблем пациента и при выработке стратегии лечения.

Учитывая хронический характер проблем и цену, которую эти пациенты платят в смысле их изоляции, зависимости от других или внешнего одобрения, напрашивается вопрос: почему поддерживаются эти дисфункциональные формы поведения? Они могут создавать трудности на работе, в школе или в личной жизни. В некоторых случаях они подкрепляются обществом (например, преподаватели поощряют ребенка, который «настоящий работник», «мальчик, не валяющий дурака», «мальчик, не лодырничающий, как другие», «старательный мальчик, получающий только "отлично"»). Часто пациент «знает», что схемы ошибочны, но ему очень сложно их изменить. Здесь особенно важны два фактора: во-первых, как указал Диджузеппе (DiGiuseppe, 1986), проблема может отчасти состоять в том, что людям (включая психотерапевтов, ориентированных на научный подход) трудно осуществить «сдвиг парадигмы» и сменить иногда подходящую гипотезу на менее знакомую; во-вторых, как отметил Фримен (Freeman, 1987; Freeman & Leaf, 1989), люди часто приспосабливаются к существенно искаженным схемам и извлекают из них краткосрочные выгоды, несмотря на то что эти схемы ограничивают способность справляться с жизненными трудностями в отдаленной перспективе. Относительно первой проблемы Диджузеппе (DiGiuseppe, 1989) рекомендует психотерапевтическое использование в качестве примеров разнообразных ошибок, которые продуцирует определенная схема, чтобы показать ее искажающее воздействие на различные области жизни пациента, с последующим объяснением альтернативного неискаженного варианта. Хотя можно было бы ожидать, что психотерапия после этих рекомендаций часто будет продолжительной, рекомендуемые стратегии для работы с этой проблемой в значительной степени находятся под контролем психотерапевта и обычно могут применяться по необходимости. Вторая проблема не столь проста. Когда пациенты пытаются компенсировать, например, свою тревогу, они должны изменить свою жизнь и повернуться лицом к проблеме тревоги. Упомянутый ранее пациент, описывавший период военной службы как «лучшее время жизни», мотивировал это тем, что ему не нужно было заботиться, что надеть, что делать, куда идти или что есть. Учитывая анамнез пациента и манеру ответа, мы не ожидали, что пациент выберет психотерапевтическую стратегию, включающую в себя выполнение домашних заданий, подвергающих его многочисленным новым рискам (Turner, Beidel, Dancu & Keys, 1986). Прежде чем пациент примет соответствующую психотерапевтическую стратегию, психотерапевт, вероятно, должен будет попробовать изменить первоначальные ожидания пациента относительно целей, продолжительности и процедур психотерапии, помочь пациенту достичь некоторых относительно непосредственных и практических выгод и развить отношения сотрудничества, основанные на доверии и поддержке.

При работе с пациентами, страдающими расстройствами личности, необходимо прежде всего осознавать, что психотерапия вызовет тревогу, так как людей просят более чем об изменении конкретного поведения или восприятия. Их просят перестать быть теми, кем они являются и кем они считали себя многие годы. Хотя схематическая структура может быть неудобна, создавать ограничения и вызывать чувство одиночества, для пациента изменить ее — значит оказаться на новой, чужой территории: «Мне могут причинить вред, я чувствую серьезную угрозу, и поэтому я встревожен». Признание тревоги, вызванной изменением, является решающим фактором успешного лечения пациента с расстройствами личности. Пациент должен быть информирован о возможности возникновения тревоги, чтобы это не было неожиданностью и не вызвало шок. Бек с соавторами (Beck et al, 1985), обсуждая лечение агорафобии, пишут:

«Важно понимать, что пациент испытывает тревогу для активизации примитивных когнитивных уровней (так как эти уровни непосредственно связаны с подобными аффектами). Повторяющееся, прямое, непосредственное признание того, что сигналы опасности не ведут к катастрофе… увеличивает способность примитивного уровня реагировать на более реалистические воздействия высших уровней (p. 129).»

Один пациент сообщал, что «чувствовать себя в безопасности хорошо, и я не понимаю, почему я должен от этого отказываться». По мере того как психотерапевт начинает помогать этим пациентам позволять себе быть более уязвимыми, пациенты будут испытывать все большую тревогу. Если они не способны успешно справиться с тревогой, они блокируют или прекратят психотерапию. (Объем книги не позволяет нам детально обсудить лечение тревожных расстройств; см.: Beck et al., 1985; Freeman & Simon, 1989.)

Осознавая важность изменения схем, нужно учитывать, что изменяются они с большим трудом.

Их поведенческие, когнитивные и эмоциональные элементы прочно удерживают их. Психотерапевтический подход должен быть трехкомпонентным. Если осуществлять строго когнитивный подход и пробовать убеждениями помочь пациенту преодолеть искажения, это не подействует. Попытки создания в рамках сессии возможностей для выхода подавляемых эмоций с помощью фантазий или воспоминаний сами по себе не приносят успеха. Необходима психотерапевтическая программа, которая адресована всем этим трем областям. Когнитивные искажения пациента указывают на схему. Важными элементами также являются стиль искажения, содержание, частота и последствия искажений.

Неудачно сложившаяся жизнь может способствовать устойчивости искаженных схем и развитию расстройств личности.

Пример этого содержится в данных, полученных Циммерманом, Пфолем, Станглом и Кориэллом (Zimmerman, Pfohl, Stangl & Coryell, 1985). Они изучали выборку женщин, которые были госпитализированы с острыми депрессивными эпизодами, относящимися к заболеваниям Оси I по классификации *DSM-III.* Они разделили выборку на три группы с разными показателями по шкале, измеряющей количество негативных событий в жизни (такая шкала разработана для оценки состояния по Оси IV — тяжесть психосоциальных стрессоров). Оказалось, что по показателям острой симптоматики, полученным с помощью таких методик, как Шкала депрессии Гамильтона (*HamiltonRatingScaleforDepression*)(Hamilton, 1967) и Опросник депрессии Бека (*BeckDepressionInventory*), все три группы схожи. Несмотря на очевидное подобие симптомов у групп, различающихся по наличию негативных событий в жизни, тяжесть случаев в пределах каждой группы и сложность лечения для этих людей значительно различались. Из 30 % всех пациентов, которые предприняли попытку самоубийства в ходе исследования, люди, испытывавшие сильный стресс, пытались покончить с собой в четыре раза чаще, чем испытывавшие слабый стресс. Расстройства личности были очевидны у 84,2 % группы с сильным стрессом, у 48,1 % группы с умеренным стрессом и только у 28,6 % группы со слабым стрессом. Исследователи интерпретировали тот факт, что частые негативные события жизни были связаны с расстройством личности и тяжестью случая, как по крайней мере отчасти связанный с постоянным характером этих событий и реакции пациентов на эти события; если в чьей-либо жизни слишком часто происходят негативные события, вполне вероятны пессимистическое отношение к себе, миру и будущему. Напротив, пациенты, которые успешно избегают жизненных стрессоров, могут жить в относительно безопасном личном мире и иметь очень низкие показатели *клинически очевидных* расстройств личности. При исследовании направлений к психиатру в военном госпитале в мирное время, например, единственным заметным различием между этой популяцией пациентов и теми, кто получал такие направления среди гражданских лиц, был очень низкий уровень диагностируемых расстройств личности (Hales, Polly, Bridenbaugh & Orman, 1986). Клиническое проявление расстройства личности само по себе не является ответом на вопрос, имеют ли пациенты искаженные схемы. Как свидетельствует обширная литература по самоисполняющимся пророчествам, можно делать постоянно искаженные предсказания ввиду неточных схем и все-таки всегда быть адекватным, если не рисковать и не пытаться проверить более точные альтернативные схемы (Jones, 1977).

Клинические исследования

Большинство публикаций, посвященных новым подходам в понимании и лечении расстройств личности, имеют теоретическую или клиническую основу, и исследование эффективности когнитивно-поведенческого лечения этих расстройств только начинается (в качестве последних обзоров см.: Fleming & Pretzer, в печати, и Pretzer & Fleming, 1989). В частности, существует не так много исследований с контролем результата, сосредоточенных на изучении эффективности когнитивно-поведенческих вмешательств у людей, которые удовлетворяют диагностическим критериям расстройств личности. К счастью, имеется все возрастающее количество доказательств адекватности когнитивно-поведенческих трактовок расстройств личности, так же как эффективности когнитивно-поведенческой психотерапии с людьми, имеющими диагноз расстройства личности (см. табл. 1.1). Анализ этих доказательств вселяет оптимизм, но также убеждает нас в том, что необходимо намного большее количество эмпирических исследований, чтобы создать основу для эффективного лечения этих сложных расстройств.

Таблица 1.1. Свидетельства эффективности когнитивно-поведенческих вмешательств при расстройствах личности

* Когнитивно-поведенческие вмешательства оказались эффективны при антисоциальных расстройствах личности только тогда, когда пациенты до тестирования находились в депрессивном

состоянии.

Примечание. + когнитивно-поведенческие вмешательства оказались эффективны; — когнитивно-поведенческие вмешательства оказались неэффективны; ± смешанные результаты.

Клинические сообщения об эффективности когнитивно-поведенческих вмешательств

Первые публикации, в которых лечение расстройств личности рассматривалось с точки зрения когнитивно-поведенческого подхода, были основаны на неконтролируемых наблюдениях практикующих врачей, которые столкнулись с клиентами с расстройствами личности в ходе своей клинической практики. Начало анализа эффективности (или ее недостатка) когнитивно-поведенческой психотерапии клиентов с диагнозом расстройства личности связано с обсуждением больных, которые не реагировали на лечение. Например, в главе, посвященной обсуждению неудач при лечении депрессии с помощью когнитивной психотерапии, Раш и Шоу (Rush & Shaw, 1983) пишут, что люди с пограничным расстройством личности отвечали за значительную долю отрицательных результатов в когнитивной психотерапии депрессии, и предполагают, что людей, страдающих этим расстройством, невозможно успешно лечить с помощью когнитивной психотерапии.

Но в том же году было опубликовано несколько основанных на клиническом материале статей, в которых сообщалось об успешном лечении нескольких расстройств личности с помощью когнитивной психотерапии (Fleming, 1983; Pretzer, 1983; Simon, 1983; Young, 1983). В последние годы появилось довольно много клинически обоснованного материала (Fleming, 1985, 1988; Freeman et al., 1990; Linehan, 1987a, b; Mays, 1985; Overholser, 1987; Perry & Flannery, 1982; Pretzer, 1985, 1988; Simon, 1985), в котором отмечался по крайней мере ограниченный успех в лечении расстройств личности. Тем не менее интерпретировать клинические сообщения об успехе в лечении расстройств личности следует с осторожностью. Когда клиницист сообщает о позитивных или негативных результатах использования отдельных вмешательств для данного пациента, невозможно с уверенностью определить, был ли результат обусловлен используемыми вмешательствами, неспецифическим воздействием лечения, индивидуальными особенностями данного пациента, независимыми от лечения событиями или спонтанной ремиссией. Эти ограничения усиливаются, когда сообщение страдает дополнительными методологическими недостатками, которые хотя и несвойственны клиническим сообщениям, но весьма распространены.

Например, в одном исследовании эффективности поведенческих вмешательств с гистрионными клиентами (Kass, Silvers & Abrams, 1972) описано лечение группы стационарных больных, в котором члены группы поддерживали друг у друга уровень притязаний и снижали остроту дисфункциональных, чрезмерно эмоциональных реакций; авторы утверждают, что этот подход был полезен для четырех из пяти членов группы. Хотя эти результаты обнадеживают, данное исследование имеет несколько недостатков. Во-первых, диагнозы были поставлены на основе частных диагностических критериев, которые не соответствовали строго диагностическим критериям *DSM-II, к* тому же не проверялась достоверность поставленных диагнозов. Следовательно, неясно, до какой степени эти люди представляли популяцию пациентов с диагнозом гистрионного расстройства личности. Во-вторых, в четырех из пяти случаев сообщение об улучшении было основано на субъективной оценке авторов, и не были приведены никакие данные о том, насколько устойчивы результаты лечения. Таким образом, трудно оценить эффективность лечения или то, насколько сохранились полученные изменения. Наконец, поскольку рассматривалась работа только одного психотерапевта, трудно установить, определялись ли полученные результаты специфическим лечением или они обусловлены факторами, не связанными с лечением, такими как эмоциональная поддержка группы или обаяние психотерапевта и его энтузиазм. Клинические сообщения интересны, они могут стимулировать выдвижение новых гипотез и проведение более строгих исследований, но недостаток экспериментального контроля и наличие всевозможных факторов, которые могут искажать результаты, делают невозможным окончательную интерпретацию результатов или относительно противоречивых сообщений.

Исследования, основанные на отдельных случаях

Учитывая ограниченную возможность обобщения результатов, полученных в неконтролируемых исследованиях, мы имеем очевидную потребность в эмпирическом исследовании когнитивно-поведенческой психотерапии расстройств личности. Но практические проблемы затрудняют проведение исследований, необходимых для развития и усовершенствования когнитивно-поведенческого подхода к расстройствам личности. В дополнение к проблемам, с которыми сталкиваются при проведении любого исследования результатов лечения, может быть трудно найти

выборку пациентов, точно соответствующих диагностическим критериям для исследуемого расстройства личности; большая продолжительность лечения больных с расстройствами личности также усложняет изучение результатов.

Туркат и его коллеги (например: Turkat & Carlson, 1984; Turkat & Levin, 1984; Turkat & Maisto, 1985) предложили подход к пониманию и лечению расстройств личности, основанный на опыте и лишенный многих практических проблем, с которыми приходится сталкиваться при исследованиях с контролем результата. Их подход состоит в том, чтобы исследовать расстройства личности на примере отдельных случаев. Сначала на основе исчерпывающего анализа проводится оценка состояния пациента. Затем вырабатываются определенные гипотезы, которые проверяются с помощью наиболее подходящих доступных измерений для подтверждения правильности понимания проблемы. Далее на основе этого понимания разрабатывается план лечения, и, если вмешательства оказываются эффективными, это рассматривается как подтверждение формулировки случая, данной исследователями. Неудачные вмешательства ставят вопрос о правильности понимания проблемы и вынуждают оценивать ее по-новому.

Результаты, сообщенные Туркатом и Мэйсто (Turkat & Maisto, 1985), приведены в табл. 1.2. Случаи, описанные этими авторами, предоставляют эмпирические доказательства того, что когнитивно-поведенческие вмешательства, основанные на индивидуальном подходе, могут быть эффективны по крайней мере для некоторых пациентов с расстройствами личности. Так как для фиксации более или менее устойчивых изменений использовались наблюдение за поведением и определенные измерения, эти сообщения обеспечивают более веские доказательства, чем при простом анализе случаев. В некоторых случаях вмешательства, основанные на индивидуальном подходе к пониманию расстройства клиента, были эффективны тогда, когда одно лишь симптоматическое лечение было неэффективно. Например, Туркат и Карлсон (Turkat & Carlson, 1984) приводят такой интересный пример: 48-летняя женщина сообщила о тревоге и избегающем поведении после того, как у ее дочери обнаружили диабет. Для уменьшения у клиентки тревоги и избегания использовалось строго симптоматическое, поведенческое лечение, в результате которого симптомы заметно смягчались. Но они обострялись с прежней силой, когда частота психотерапевтических сессий уменьшалась. Когда случай был переосмыслен как тревога, вызванная недостатком независимости в принятии решений и лечение было пересмотрено в пользу сосредоточения на постепенном переходе к независимому принятию решений, оно оказалось успешным и привело к существенному улучшению показателей оценки собственной тревоги, сохранившемуся при проверке через 11 месяцев. Подобные примеры служат доказательством утверждения Турката о том, что вмешательства, основанные на формулировке, являются более эффективными, чем лечение, основанное на простом соответствии вмешательств определенным симптомам.

Таблица 1.2. Случаи личностных расстройств, описанные Туркатом и Мэйсто (TurkatandMaisto, 1985)

* Вся выборка состояла из 74 пациентов службы клинической психологической помощи при Диабетическом исследовательском и учебном центре.

Примечание. Адаптировано из книги : «Personality Disorders: Application of the Experimental Method to the Formulation and Modification of Personality Disorders» by I. D. Turkat and S. A. Maisto, 1985, in D. H. Barlow (Ed.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders.* New York: Guilford Press. Copyright 1985 by The Guilford Press. Адаптировано с разрешения.

Использование Туркатом анализа отдельных случаев как средства продвинуть наше понимание расстройств личности имеет существенные преимущества перед анализом случаев с неконтролируемым результатом. Поскольку четко формулируются и с помощью соответствующих измерений проверяются определенные гипотезы, становится возможным минимизировать субъективные искажения при интерпретации наблюдений и проверить правильность общего понимания. Но главным ограничением при анализе отдельных случаев является трудность определения того, до какой степени получающий лечение пациент типичен для своей диагностической категории. Понимание или лечебное вмешательство, которое оказывается эффективным в конкретном случае, может подходить или не подходить другим людям. Например, в то время как Туркат и его коллеги представили индивидуализированное понимание и стратегии, применявшиеся к отдельным клиентам, они проявляют осторожность при обобщении этих идей на других пациентов с теми же диагнозами.

Очевидно, основу для обобщения результатов на другие выборки могло бы создать достаточно большое количество исследований отдельных случаев, в которых были получены сходные результаты. Но при проведении обширных исследований отдельных случаев теряются многие из практических преимуществ этого метода, при этом не улучшается контроль и не проводится более детальный статистический анализ, что возможно в исследованиях с контролем результата. По-видимому, изучение

отдельных случаев хорошо подходит для лучшего понимания и разработки стратегий вмешательства, основанных на клиническом опыте. Как только достигнуто такое понимание и разработаны соответствующие стратегии вмешательства, возникает необходимость в проверке возможности более широкого применения этих стратегий. Такая проверка осуществляется путем более традиционных исследований на выборках больных.

Необходимо отметить, что общие результаты, полученные Туркатом и его коллегами и показанные в табл. 1.2, указывают на то, что такое лечение для многих пациентов с расстройствами личности было неэффективно. Исследователи указывают, что самыми распространенными трудностями являются неспособность осуществлять основанный на формулировке подход к лечению, нежелание пациента участвовать в лечебном процессе и его преждевременное завершение. Подход Турката является весьма многообещающим, но эта программа исследования находится в начальной стадии своего развития и основана на данных, полученных на ограниченной выборке.

Исследования эффективности симптоматического лечения

Поведение и симптомы, характерные для расстройств личности, свойственны не только этим заболеваниям. Получено эмпирическое подтверждение эффективности применения поведенческой и когнитивно-поведенческой психотерапии при наличии таких проблем, как импульсивное поведение, недостаток социальных навыков и неадекватное выражение гнева. Это привело к предположению о том, что лечение расстройств личности связано всего лишь с систематическим лечением каждого из проблемных видов поведения или отдельных симптомов расстройства. Например, Стивенс и Паркс (Stephens & Parks, 1981) обсуждают поочередное лечение симптомов этих пациентов без того, чтобы представить более широкое понимание расстройств личности и обсудить, отличается ли лечение этих симптомов у пациентов с расстройствами личности от лечения тех же симптомов у других пациентов.

Часто предполагалось, что вмешательства, которые оказались эффективными при лечении людей, не имеющих диагноза расстройства личности, будут столь же эффективны при решении подобных проблем у людей, страдающих такими расстройствами. Например, рассматривая эмпирические основания этого подхода, Стивенс и Паркс приводят факты, говорящие об эффективности поведенческих вмешательств при лечении каждой из 10 категорий дезадаптивного поведения, характерного для людей с расстройствами личности. Но огромное большинство цитируемых исследований проводились или с больными *без* диагноза расстройства личности, или с больными, имеющими различные диагнозы, включая расстройства личности. Точно так же Пилконис (Pilkonis, 1984) при обсуждении лечения избегающего расстройства личности дает краткое резюме литературы по социальной тревоге и избеганию в межличностных отношениях, но не упоминает о том, что в этих работах говорится о различных пациентах: от застенчивых студентов до страдающих психозами стационарных больных, и лишь немногие из них вполне удовлетворяют диагностическим критериям избегающего расстройства личности.

Вышеупомянутые сообщения, в которых утверждается, что поведенческие и когнитивно-поведенческие вмешательства менее эффективны для пациентов с расстройствами личности (например: Mays, 1985; Rush & Shaw, 1983), свидетельствуют о том, что если отдельный симптом можно успешно лечить в разнородной выборке пациентов, это не значит, что рассматриваемое вмешательство будет эффективно для клиентов с расстройством личности. Важно, чтобы для людей с расстройствами личности была эмпирически подтверждена законность применения к ним результатов, полученных на пациентах без такого диагноза.

Доказательством этого могут служить данные, полученные в некоторых сравнительных исследованиях эффективности стандартного поведенческого лечения пациентов с диагнозом расстройства личности и без такого диагноза. Применяя когнитивно-поведенческую психотерапию для лечения амбулаторных больных с тяжелой формой булимии, Джайлз, Янг и Янг (Giles, Young & Young, 1985) обнаружили, что программа лечения, комбинирующая предотвращение реакции, обучение и когнитивное реструктурирование, была эффективна для большинства пациентов (22 пациента вылечились успешно, 6 прервали лечение и 6не дали положительной реакции на лечение). Из 6 пациентов, лечение которых оказалось безуспешным несмотря на его продолжение во время исследования, 4 удовлетворяли диагностическим критериям *DSM-III* дляпограничного расстройства личности. Ни один из успешно вылеченных пациентов не страдал пограничным расстройством личности. Точно так же Тернер (Turner, 1987) обнаружил, что состояние пациентов с социофобией без сопутствующих расстройств личности заметно улучшалось после 15-недельной групповой психотерапии и оставалось таким через год. Но он установил, что у пациентов, удовлетворяющих диагностическим критериям расстройства личности в дополнение к их социофобии, не отмечалось

улучшения ни после лечения, ни через год.

При исследовании лечения агорафобии Мависсакалян и Хамман (Mavissakalian & Hamman, 1987) обнаружили, что 75 % больных агорафобией, у которых был отмечен низкий уровень проявлений расстройств личности, хорошо реагировали на кратковременное поведенческое и медикаментозное лечение. В то же время это лечение было эффективным лишь для 25 % больных, у которых был отмечен высокий уровень проявлений расстройств личности. Интересно, что, по данным этих исследователей, у 4 из 7 пациентов, удовлетворявших диагностическим критериям диагноза одной из форм расстройства личности перед лечением, не обнаруживалось данного расстройства после. В то же время у пациентов, имевших более чем одно диагностированное расстройство личности, после лечения обычно сохранялся тот же диагноз или отмечалось другое расстройство личности. Кроме того, Мависсакалян и Хамман обнаружили, что разные расстройства личности не были одинаково отзывчивыми или стойкими к лечению. На характеристики, связанные с пограничным, зависимым и пассивно-агрессивным расстройствами личности, больше всего влияло лечение агорафобии, в то время как характеристики, связанные с гистрионным и избегающим расстройствами личности, изменились незначительно.

Чамблесс и Реннеберг (Chambless & Renneberg, 1988) провели исследование, подобное исследованию Мависсакаляна и Хаммана, в котором изучали воздействие расстройств личности на результат лечения у больных агорафобией. Эти исследователи обнаружили, что, в то время как в целом интенсивная групповая психотерапия была более эффективна, чем еженедельная индивидуальная психотерапия, пациенты с сопутствующим диагнозом избегающего расстройства личности лишь немного лучше реагировали на интенсивную групповую психотерапию, чем на еженедельную индивидуальную психотерапию симптомов агорафобии. Пациенты с пассивно-агрессивным расстройством личности особенно плохо реагировали на еженедельную индивидуальную психотерапию и намного лучше — на интенсивную групповую психотерапию.

В каждом из этих исследований большинство пациентов с диагнозом расстройства личности плохо реагировали на известные формы поведенческого лечения. Это приводит к предположению о том, что эффективность поведенческих вмешательств для стандартных выборок и для пациентов с расстройствами личности неодинакова. Но, несмотря на эти в целом неудовлетворительные результаты, поведенческие вмешательства были эффективны по крайней мере для некоторых больных *с* расстройствами личности. Особенно интересно отметить, что, когда поведенческие вмешательства были эффективны, во многих аспектах жизни пациентов происходили значительные изменения; это улучшение не ограничивалось отдельными формами проблемного поведения, на которых было сфокусировано лечение.

Исследования с контролем результата

До настоящего времени исследования результатов когнитивно-поведенческой психотерапии клиентов с диагнозом расстройства личности проводились только для некоторых форм расстройства личности, и ни одно из этих исследований не проводилось повторно. Поэтому нельзя сделать обоснованных выводов, опираясь на результаты этих работ. Но полученные на сегодняшний день данные обнадеживают.

При исследовании результатов лечения пациентов с жалобами на социальную тревогу было показано, что как кратковременное обучение социальным навыкам, так и обучение социальным навыкам в сочетании с когнитивными вмешательствами было эффективно в плане увеличения частоты социальных взаимодействий и уменьшения социальной тревоги у пациентов, страдающих избегающим расстройством личности (Stravynski, Marks & Yule, 1982). В этом исследовании было обнаружено, что комбинация обучения социальным навыкам и когнитивной психотерапии была не более эффективна, чем одно лишь обучение социальным навыкам, и авторы интерпретировали это как проявление «недостататочной ценности» когнитивных вмешательств. Но необходимо отметить, что все лечение проводилось одним психотерапевтом (который также являлся основным исследователем) и что использовалось лишь одно из многих возможных когнитивных вмешательств (обсуждение иррациональных убеждений). Гринберг и Стравински (Greenberg & Stravynski, 1985) указывают на то, что боязнь избегающего человека оказаться объектом насмешек, очевидно, во многих случаях приводит к преждевременному завершению психотерапии, и предполагают, что при обучении социальным навыкам необходимо развивать способность человека реагировать на отвержение и смущение, а также обучать его социально приемлемому поведению. Авторы предполагают, что вмешательства, которые изменяют релевантные аспекты когнитивной сферы клиентов, могли бы существенно повысить эффективность психотерапии.

Антисоциальное расстройство личности обычно считается устойчивым к амбулаторному лечению. Но в одном из недавних сообщений показано, что краткосрочная амбулаторная когнитивно-

поведенческая психотерапия может быть эффективна по крайней мере для некоторых клиентов, страдающих этим расстройством. В исследовании лечения метадоном наркоманов, употребляющих опиаты, Вуди, Мак-Леллан, Люборски и О'Брайен (Woody, McLellan, Luborsky & O'Brien, 1985) обнаружили, что пациенты, удовлетворяющие диагностическим критериям *DSM-III* для большой депрессии и антисоциального расстройства личности, хорошо реагировали на краткосрочное лечение с помощью как когнитивной психотерапии Бека (Beck et al., 1979), так и поддерживающе-экспрессивной психотерапии по Люборски (Luborsky, McLellan, Woody, O'Brien & Auerbach, 1985). У этих пациентов отмечалось статистически значимое улучшение по 11 из 22 переменных, используемых для оценки результата, включая психиатрические симптомы, употребление наркотиков, занятость и делинквентное поведение. В состоянии пациентов, удовлетворяющих критериям антисоциального расстройства личности, но не страдающих большой депрессией, в результате лечения значительных изменений не произошло, и улучшение наблюдалось только по 3 из 22 переменных. Этот паттерн результатов сохранился и через 7 месяцев. Пациенты без диагноза антисоциального расстройства личности реагировали на лечение лучше, чем социопаты; но социопаты, страдающие депрессией, имели лишь слегка худшие результаты, чем несоциопаты, тогда как результаты социопатов, не страдающих депрессией, были значительно хуже. Основываясь на том факте, что два совершенно разных подхода к лечению оказались эффективны, можно предположить, что это улучшение было обусловлено неспецифическим воздействием лечения. Но улучшение состояния значимо коррелировало с тем, насколько твердо психотерапевт придерживался соответствующих правил лечения, что верно как при сравнении результатов работы разных психотерапевтов, так и при сравнении результатов лечения у клиентов каждого из психотерапевтов (Luborsky et al., 1985). Это свидетельствует о том, что улучшение действительно было результатом специфического лечения.

Лайнхэн и ее коллеги (Linehan, Armstrong, Allmon, Suarez & Miller, 1988; Linehan, Armstrong, Suarez & Allmon, 1988) недавно опубликовали исследование результатов диалектической поведенческой психотерапии в сравнении с «обычным лечением». Это исследование было проведено на выборке хронических суицидальных больных с пограничными расстройствами личности. Они обнаружили, что пациенты, проходившие диалектическую поведенческую психотерапию, имели значительно более низкий процент отсева и значительно меньшую склонность к суицидальному поведению, чем пациенты, получавшие «обычное лечение». Но у этих двух групп отмечалось лишь небольшое общее снижение депрессии или другой симптоматики, в равной степени для обеих. Эти результаты довольно скромны, но обнадеживает, что применение когнитивно-поведенческой психотерапии в течение одного года могло привести к продолжительному улучшению для выборки пациентов, которые не только удовлетворяли диагностическим критериям пограничного расстройства личности, но также были более беспокойны, чем другие пациенты с таким диагнозом. Пациенты Лайнхэн и ее коллег были хронически парасуицидальны, многократно госпитализировались в психиатрический стационар и были неспособны удерживаться на работе из-за своей психиатрической симптоматики. Многие пациенты, удовлетворяющие диагностическим критериям пограничного расстройства личности, в общем не являются парасуицидальными, госпитализируются нечасто и способны удерживаться на работе.

Данные о том, что когнитивно-поведенческая психотерапия может давать хорошие результаты при лечении таких сложных заболеваний, как избегающее, антисоциальное и пограничное расстройства личности, весьма обнадеживают. Но очевидно, что вывод об эффективности когнитивно-поведенческой психотерапии при определенных расстройствах личности был бы преждевременным. В частности, многие из более разносторонних подходов к лечению, предложенных в последние годы, еще не проверены на практике, и ясно, что «стандартные» когнитивно-поведенческие вмешательства с клиентами, имеющими диагноз расстройства личности, часто оказываются неэффективными.

Выводы

Учитывая распространенность расстройств личности и существующее мнение о том, что поведенческие и когнитивно-поведенческие вмешательства сложно осуществлять с клиентами, страдающими расстройствами личности, становится очевидной важность постоянного внимания к этим заболеваниям в эмпирических исследованиях, новых теоретических разработках и клиническом анализе. На сегодняшний день рекомендации по лечению, основанные на клиническом наблюдении и ограниченной эмпирической базе, — лучшее, что мы можем предложить клиницистам, которые должны уже сегодня работать с клиентами, страдающими расстройствами личности, и не могут ждать, пока будут разработаны эмпирически проверенные методы лечения. К счастью, некоторые клиницисты сообщают, что, когда когнитивно-поведенческие вмешательства основаны на индивидуальном подходе к проблемам клиентов и межличностным аспектам психотерапии уделяется достаточное внимание,

лечение многих клиентов с расстройствами личности может оказаться весьма эффективным.

Глава 2.
Теория расстройств личности

В этой главе представлена целостная теория расстройств личности в широком контексте их происхождения и развития, а также функционирования личности. Главный вопрос при этом состоит в том, как формируются и работают личностные процессы, служащие адаптации. Перед изложением основ нашей теории расстройств личности мы рассмотрим соответствующие концепции личности и затем свяжем их с расстройствами личности.

Мы начнем с теоретического объяснения того, как прообразы наших паттернов личности могут быть выведены из нашего филогенетического наследия. Эти генетически обусловленные «стратегии», которые способствовали выживанию и репродукции, вероятно, являются результатом естественного отбора. Такие симптомы и синдромы, как тревога и депрессия, и такое расстройство личности, как зависимая личность, представляют собой преувеличенную форму этих примитивных стратегий.

Наше обсуждение будет двигаться вдоль континуума от эволюционно сформированных стратегий к рассмотрению того, как обработка информации, включая эмоциональные процессы, предшествует применению этих стратегий. Другими словами, оценка специфических требований ситуации предшествует адаптивной (или дезадаптивной) стратегии и вызывает ее. Оценка ситуации, по крайней мере частично, зависит от релевантных основных убеждений. Эти убеждения входят в более или менее устойчивые структуры, называемые «схемами», которые отбирают и синтезируют поступающие данные. Психологическая последовательность далее идет от оценки к эмоциональному и мотивационному возбуждению и, наконец, к выбору и реализации релевантной стратегии. Мы расцениваем основные структуры (схемы), от которых зависят эти когнитивные, эмоциональные и мотивационные процессы, как фундаментальные элементы личности.

Личностные «черты», идентифицируемые прилагательными типа «зависимый», «замкнутый», «самоуверенный» или «экстравертированный», можно понимать как внешнее выражение этих основных структур. Приписывая событиям те или иные значения, когнитивные структуры запускают цепную реакцию, достигающую высшей точки в различных формах поведения (стратегиях), которые приписываются чертам личности. Следовательно, поведенческие паттерны, которые мы обычно приписываем чертам личности или склонностям («честный», «застенчивый», «отзывчивый»), представляют собой межличностные стратегии, сформированные в результате взаимодействия между врожденной предрасположенностью и влияниями окружающей среды.

Такие признаки, как зависимость или автономия, которые в мотивационных теориях личности трактуются как основные побуждения, могут рассматриваться как функция конгломерата основных схем. В поведенческих или функциональных терминах эти признаки могут быть названы «основными стратегиями». Эти специфические функции могут наблюдаться в преувеличенном виде в некоторых из поведенческих паттернов, приписываемых, например, зависимым или шизоидным личностям.

Затем наше изложение перемещается к теме активации схем (и стилей поведения) и их выражения в поведении. Заложив основу для нашей теории личности, мы продолжаем рассматривать отношение этих структур к психопатологии. Выраженная активация дисфункциональных схем образует ядро так называемых расстройств Оси I, таких как депрессия. Более частные дисфункциональные схемы замещают ориентированные на реальность адаптивные схемы в таких функциях, как обработка информации, припоминание и предсказание. При депрессии, например, доминирующим становится такой стиль поведения, основой которого является самоотрицание; при тревожных расстройствах отмечается гиперактивный индивидуальный стиль реагирования на опасность; при панических расстройствах мобилизован стиль поведения, соответствующий неизбежной катастрофе.

Типичные дисфункциональные убеждения и дезадаптивные стратегии, выраженные в расстройствах личности, делают людей восприимчивыми к жизненному опыту, который повышает их когнитивную уязвимость. Так, зависимое расстройство личности характеризуется чувствительностью к утрате любви и помощи; нарциссическое расстройство — чувствительностью к ущемлению чувства собственного достоинства; гистрионное расстройство — невозможностью манипулировать другими, чтобы получить внимание и поддержку. Когнитивная уязвимость основана на экстремальных, ригидных и императивных убеждениях. Мы предполагаем, что эти дисфункциональные убеждения являются результатом взаимодействия между генетической предрасположенностью человека и нежелательным влиянием других людей и определенных травмирующих событий.

Эволюция межличностных стратегий

Наше представление о личности принимает во внимание роль нашей эволюционной истории в формировании паттернов мышления, чувств и действия. Мы можем лучше понять структуры, функции и процессы личности, если исследуем отношения, чувства и поведение в свете их возможной связи с этологическими стратегиями.

Значительная часть поведения, которое мы наблюдаем у животных, обычно расценивается как «запрограммированное». Основные процессы запрограммированы и выражены в поведении. Развитие этих программ часто зависит от взаимодействия между генетически обусловленными структурами и опытом. Можно предположить, что подобные связанные с развитием процессы происходят и с людьми (Gilbert, 1989). Вполне вероятно, что давно сформировавшиеся когнитивно-аффективно-мотивационные программы влияют на наши автоматические процессы: интерпретацию событий, содержание чувств и образ действий. Программы, вовлеченные в обработку информации, эмоциональные процессы, побуждения и мотивацию, возможно, сформировались в результате того, что они способствуют поддержанию жизни и размножению.

Естественный отбор, по-видимому, привел к некоторому соответствию между запрограммированным поведением и требованиями окружающей среды. Однако наша окружающая среда изменилась быстрее, чем наши автоматические адаптивные стратегии — в значительной степени в результате изменений социальной среды. Так, стратегии хищного образа жизни, соревнования и общительности, которые были полезны в более примитивной среде, не всегда вписываются в существующую нишу высокоиндивидуализированного и технологического общества с его специализированной культурной и социальной организацией. Это несоответствие может стать причиной развития поведения, которое мы диагностируем как «расстройство личности».

Независимо от их ценности для выживания в более примитивных условиях некоторые из этих эволюционно сформировавшихся паттернов становятся источником проблем в существующей культуре, потому что сталкиваются с личными целями человека или вступают в конфликт с групповыми нормами. Так, высокоразвитые стратегии, связанные с хищным образом жизни или с соревнованием, которые могли бы способствовать выживанию в примитивных условиях, могут плохо подходить для социального окружения и заканчиваться «антисоциальным расстройством личности». Точно так же своего рода эксгибиционистские проявления, которые привлекли бы других особей для помощи или спаривания в дикой природе, могут быть чрезмерны или неадекватны в современном обществе. В действительности эти паттерны, если они негибки и относительно неконтролируемы, скорее всего, создадут проблемы.

Синдромы и симптомы расстройств Оси I также могут быть поняты в терминах эволюционных принципов. Например, паттерн «нападай и убегай», возможно, адаптивный в архаичных чрезвычайных ситуациях физической опасности, может формировать субстрат либо тревожного расстройства, либо хронического враждебного состояния. Тот же самый паттерн реакции, который был активизирован видом хищника, например, также мобилизуется угрозами психологических травм типа отвержения или ухудшения отношения (Beck & Emery with Greenberg, 1985). Когда эта психофизиологическая реакция — восприятие опасности и возбуждение автономной нервной системы — вызвана воздействием широкого спектра способных вызвать отвращение межличностных ситуаций, уязвимый человек может проявлять диагностируемое тревожное расстройство.

Точно так же уязвимость генофонда может являться причиной индивидуальных личностных различий. Так, один человек может замирать при виде опасности, другой — нападать, третий — избегать любых потенциальных источников опасности. Эти различия в поведении или стратегиях, любая из которых может иметь ценность для выживания в некоторых ситуациях, отражают относительно устойчивые характеристики, которые типичны для определенных «типов личности» (Beck et al., 1985). Чрезмерное развитие этих паттернов может вести к расстройству личности; например, избегающее расстройство личности может отражать стратегию ухода от любой ситуации, предполагающей возможность социального неодобрения.

Почему мы применяем термин «стратегия» к характеристикам, которые традиционно назывались «чертами личности» или «паттернами поведения»? Стратегии в этом смысле могут рассматриваться как формы запрограммированного поведения, предназначенного для обслуживания биологических целей. Хотя этот термин подразумевает наличие сознательного, рационального плана, он используется здесь скорее не в этом смысле, а в том, в котором его используют этологи, чтобы обозначить стереотипные формы поведения, которые способствуют индивидуальному выживанию и воспроизведению себе подобных (Gilbert, 1989). Эти паттерны поведения могут рассматриваться как имеющие конечной целью выживание и размножение: «репродуктивная эффективность» или «включающая пригодность». Эти эволюционные стратегии были описаны 200 лет назад Эразмом Дарвином (Darwin, 1791; цит. по: Eisely, 1961), дедом Чарльза Дарвина, как выражение голода, жажды и чувства безопасности.

Хотя организмы не знают окончательной цели этих биологических стратегий, они сознают

субъективные состояния, которые отражают их образ действий: голод, опасение или сексуальное возбуждение, а также награды и наказания за их удовлетворение или неудовлетворение (удовольствие или боль). Мы хотим есть, чтобы снять острое чувство голода, а также чтобы получить удовлетворение. Мы вступаем в сексуальные отношения, чтобы уменьшить сексуальную напряженность и получить наслаждение. Мы «связываемся» с другими людьми, чтобы уменьшить одиночество, а также получить удовольствие от дружбы и близости. В общем, когда мы испытываем внутреннее давление, побуждающее нас удовлетворять некоторые сиюминутные желания типа получения удовольствия и уменьшения напряженности, мы можем, по крайней мере до некоторой степени, достигать долговременных эволюционных целей.

У людей термин «стратегия» может аналогично применяться к формам поведения, которые могут быть либо адаптивными, либо дезадаптивными, в зависимости от обстоятельств. Эгоцентризм, дух соперничества, эксгибиционизм и избегание неприятных переживаний вполне могут быть адаптивны в одних ситуациях, но чрезвычайно дезадаптивны в других. Так как мы можем наблюдать только видимое поведение других людей, встает вопрос о том, как наши сознательные внутренние состояния (мысли, чувства и желания) связаны со стратегиями. Если мы исследуем когнитивные и эмоциональные паттерны, то видим определенные отношения между некоторыми убеждениями и установками, с одной стороны, и поведением — с другой.

Один из способов проиллюстрировать эти отношения состоит в том, чтобы исследовать чрезмерно развитые процессы, наблюдаемые у людей с различными расстройствами личности, и сравнить определенные типичные отношения, связанные с этими расстройствами, с соответствующими стратегиями. Как показано в табл. 2.1, можно продемонстрировать типичное отношение, связанное с каждым из традиционных расстройств личности. Можно заметить, что определенные стратегии, представляющие собой специфическое расстройство, логически вытекают из этого характерного отношения.

Эта таблица, так же как соответствующие таблицы в главе 3, не включает пограничное и шизотипическое расстройства личности. Эти два расстройства, в отличие от других расстройств, не обнаруживают отличительного набора убеждений и стратегий. При пограничном расстройстве, например, может отмечаться широкое разнообразие типичных убеждений и паттернов поведения, которые являются характерными для широкого диапазона расстройств личности. Это расстройство можно выявить по характеристикам, больше относящимся к «дефициту эго», чем к определенному содержанию убеждений. Шизотипическое расстройство более точно характеризуется особенностями мышления, чем конкретным содержанием.

Первая колонка в табл. 2.1 содержит список расстройств личности; во второй представлено соответствующее отношение, лежащее в основе поведения; в третьей колонке указано соотношение между определенным поведенческим паттерном расстройства личности и стратегией. Вполне логично, что зависимое расстройство личности, характеризующееся привязчивостью, основано на опасении быть брошенным, избегающее поведение — на боязни быть обиженным, а пассивно-агрессивные паттерны — на озабоченности стремлением доминировать. Клинические наблюдения, на основе которых сделаны эти выводы, будут рассмотрены в последующих главах.

Таблица 2.1. Основные убеждения и стратегии, связанные с традиционными расстройствами личности

Целесообразно проанализировать эти стратегии в терминах, связывающих их с эволюционным прошлым. Театральное поведение гистрионной личности, например, может иметь корни в брачных ритуалах животных; поведение антисоциальной личности — в хищном поведении; поведение зависимой личности — в проявлениях привязанности, наблюдаемых повсюду в животном мире (ср.: Bowlby, 1969). Рассматривая дезадаптивное поведение людей в таких понятиях, мы можем оценить его более объективно и снизить тенденцию к использованию по отношению к нему уничижительных ярлыков типа «невротическое» или «незрелое».

Мысль о том, что анализ человеческого поведения с точки зрения эволюционной перспективы может быть продуктивен, была исчерпывающе изложена Мак-Дугаллом (McDougall, 1921). Он детально изучил преобразование «биологических инстинктов» в «чувства». Его работа оказала большое влияние на взгляды таких ученых, занимающихся биосоциальными проблемами, как Басс (Buss, 1987), Скарр (Scarr, 1987) и Хоган (Hogan, 1987). Басс выделил такие типы поведения людей, как соперничество, доминирование и агрессия, и отметил их сходство с поведением других приматов. В частности, он сосредоточился на роли общительности у людей и других приматов.

Хоган постулировал наличие филогенетической наследственности, согласно которой биологически запрограммированные механизмы появляются в последовательности, обусловленной развитием в филогенезе. Он полагает, что культура обеспечивает возможность раскрытия генетических

паттернов. Хоган расценивает движущую силу деятельности взрослых людей, направленной на увеличение степени принятия, повышение статуса, усиление власти и влияния, как аналогичную наблюдаемой у приматов и других общественных млекопитающих. В своей эволюционной теории человеческого развития он подчеркивает важность «адекватности».

Скарр особо указывает на роль генетической предрасположенности в формировании личности. Она заявляет (Scarr,1987, p. 62):

«В ходе развития проявляется действие то одних, то других генов, что приводит к изменениям в организации поведения, так же как к изменениям в паттернах физического роста. Генетические различия между людьми также ответственны за то, какой опыт получат или не получат люди в своем окружении».

Взаимодействие между генетическим и межличностным

Процессы, выходящие на первый план в расстройствах личности, также могут быть исследованы в области возрастной психологии. Так, разновидность привязчивости, застенчивости или непослушания, наблюдаемая у растущего ребенка, может сохраняться на протяжении всего этого возрастного периода (Kagan, 1989). Мы предполагаем, что эти паттерны сохраняются в поздней юности и взрослости и могут выражаться в некоторых расстройствах личности, например в зависимом, избегающем или пассивно-агрессивном типах поведения.

Независимо от первичного происхождения генетически заданных прототипов человеческого поведения есть веские доказательства того, что некоторые типы относительно устойчивых темпераментов и поведенческих паттернов присутствуют уже при рождении (Kagan, 1989). Эти врожденные характеристики лучше рассматривать как «тенденции», которые могут акцентуироваться или ослабнуть под воздействием опыта. Кроме того, может установиться непрерывный, взаимно подкрепляющийся цикл между врожденными паттернами человека и паттернами других значимых для него людей.

Например, человек с большим потенциалом для поведения, требующего заботы, может вызывать проявление заботы со стороны других людей, вследствие чего врожденные паттерны этого человека поддерживаются намного дольше периода, на протяжении которого такое поведение адаптивно (Gilbert, 1989). Так, пациентка по имени Сью, которую мы обсудим подробнее позже, по словам ее матери, фактически с рождения была более привязчивой и требовала большей заботы, чем ее братья и сестры. Мать отвечала особой заботой и защитой. Став взрослой, Сью продолжала тянуться к более сильным людям, которые отвечали на ее желание постоянной любви и поддержки. Другая проблема состояла в ее убеждении, что она непривлекательна. Ее дразнили старшие братья, что стало основой для более позднего убеждения: «Я не могу вызывать чувство любви». Из-за этих убеждений она избегала ситуаций, в которых ее могли бы отвергнуть.

До сих пор мы говорили о «врожденных тенденциях» и «поведении», как будто эти характеристики могут отвечать за индивидуальные различия. В действительности наша теория предусматривает, что объединенные когнитивно-аффективно-мотивационные программы обусловливают поведение человека и отличают его от других людей. У детей старшего возраста и у взрослых застенчивость, например, является производной инфраструктуры установок типа «опасно нарываться на неприятности», низкого порога тревожности в межличностных отношениях и робости при общении с новыми знакомыми или незнакомцами. Эти убеждения могут появиться в результате повторения травмирующего опыта, подкрепляющего их.

Несмотря на мощную комбинацию врожденной предрасположенности и влияний окружающей среды, некоторые люди оказываются способны изменять свое поведение и лежащие в его основе отношения. Не из всех застенчивых детей вырастают застенчивые взрослые. Например, культивирование более напористого поведения под влиянием значимых людей и опыта может изменить застенчивого человека в сторону большей уверенности в себе и общительности. Как мы увидим в последующих главах этой книги, даже чрезвычайно дезадаптивные паттерны могут быть изменены, если направить психотерапию на определение этих установок и формирование или укрепление более адаптивных установок.

Мы уже вкратце касались вопроса о том, как врожденные задатки могут взаимодействовать с влиянием окружающей среды, что приводит к появлению количественных различий в характерных когнитивных, аффективных и поведенческих паттернах, отвечающих за индивидуальные личностные особенности. Каждый человек имеет уникальный профиль личности, состоящий из различных вероятностей конкретных реакций на определенную степень выраженности некоторой ситуации.

Человек, вступающий в группу, включающую незнакомых ему людей, может думать: «Я буду выглядеть глупым» и испытывать робость. У другого человека в подобной ситуации может возникнуть

мысль: «Я могу развлечь их». Третий может подумать: «Они недружелюбны и могут попробовать манипулировать мной» и будет начеку. Когда для людей характерны различные реакции, они отражают важные структурные различия, представленные в их основных убеждениях (или схемах). Этими основными убеждениями соответственно были бы: «Я уязвим, потому что я неловок в новых ситуациях», «Я интересен всем людям» и «Я уязвим, потому что люди недружелюбны». Такие различия обнаружены у нормальных, хорошо адаптированных людей, и они придают особый оттенок их личности. Однако эти виды убеждений гораздо ярче выражены при расстройствах личности; в приведенном выше примере они соответственно характеризуют избегающее, гистрионное и параноидное расстройства. Люди с расстройствами личности обнаруживают одно и то же повторяющееся поведение намного в большем количестве ситуаций, чем другие. Типичные дезадаптивные схемы в расстройствах личности, проявляющиеся во многих или даже в большинстве ситуаций, имеют компульсивный характер и не так легко поддаются контролю или изменению, как их эквиваленты у других людей. Любая ситуация, которая имеет отношение к содержанию дезадаптивных схем, будет активизировать эти схемы вместо более адаптивных. По большей части эти паттерны пагубны в отношении многих из важных целей этих людей. В целом, относительно других людей, их дисфункциональные установки и поведение чрезмерно обобщены, негибки, императивны и устойчивы к изменению.

Происхождение дисфункциональных убеждений

Если учесть, что паттерны личности (когнитивная сфера, эмоции и мотивация) у людей с расстройствами личности отличаются от таковых у других людей, возникает вопрос: как эти паттерны развиваются? Чтобы ответить на этот вопрос даже кратко, мы должны вернуться к вопросу о взаимодействии природных особенностей и воспитания. Люди с особенно сильной чувствительностью к отвержению, противоречиям, боящиеся быть брошенными, могут быть убеждены в катастрофическом характере таких случаев. Пациент, по своей природе предрасположенный к острым реакциям на обычные виды отвержения в детстве, может развить негативный образ себя («я непривлекателен»). Этот образ может подкрепляться, если отвержение особенно сильно, происходит повторно или в то время, когда пациент особенно уязвим. При повторении таких ситуаций убеждение становится структурированным.

У Сью, упомянутой ранее пациентки, сформировался образ себя как глупой и неадекватной, потому что ее братья критиковали ее всякий раз, когда она делала ошибку. Чтобы максимально защитить себя от боли и страдания, она избрала тенденцию избегать ситуаций, в которых это могло бы произойти. Ее чрезмерно обобщенным отношением было: «Поскольку я позволяю себе быть уязвимой в любой ситуации, мне причинят вред».

Обработка информации и личность

То, как люди перерабатывают данные о себе и других, зависит от их убеждений и других компонентов когнитивной организации. Когда имеется расстройство некоторого типа — симптом или синдром (Ось I)[2] либо расстройство личности (Ось II), упорядоченное использование этих данных становится систематически искаженным и дисфункциональным. Эти искажения в интерпретации и последующем поведении формируются под воздействием дисфункциональных убеждений.

Давайте вернемся к примеру Сью, которая страдала как зависимым, так и избегающим расстройствами личности, а также чувствовала озабоченность по поводу возможности быть отвергнутой. При типичном сценарии она слышала шум, доносящийся из соседней комнаты, где ее приятель Том занимался обычными делами. Восприятие шума давало исходные данные для интерпретации. Это восприятие было помещено в определенный контекст — ее знание о том, что в соседней комнате Том развешивает какие-то картины. Слияние стимула и контекста создало основание для информации.

Поскольку сырые сенсорные данные, такие как шумы, сами по себе имеют ограниченную информационную ценность, они должны быть преобразованы в некоторую поддающуюся интерпретации конфигурацию. Эта интеграция в последовательный паттерн — результат переработки схемами сырых сенсорных данных в определенном контексте. Непосредственной мыслью Сью было: «Том производит много шума». В большинстве случаев люди могли бы завершить обработку информации в этой точке, сохранив этот вывод в кратковременной памяти. Но так как Сью была настроена на отвержение, она была склонна находить смысл в таких ситуациях. Следовательно, она продолжила обработку информации и приписала ей персонифицированное значение: «Том производит

много шума, *потому что он сердится на меня* ».

Такого рода каузальная атрибуция происходит вследствие более высокой степени структурированности, с помощью которой случаям приписываются значения. Компонентом (схемой) этой системы более высокого уровня было ее убеждение: «Если близкий мне человек производит шум, это означает, что он сердится на меня». Этот тип убеждения представляет условную схему («Если… то») в отличие от основной схемы («Меня нельзя полюбить»).

В этом случае Том мог быть действительно сердит на Сью. Но поскольку основное убеждение Сью было очень сильным, она была способна интерпретировать ситуацию подобным образом всякий раз, когда близкий человек вроде Тома производил шум независимо от того, был он или не был сердит на самом деле. Кроме того, в иерархии ее убеждений доминировала формула «Если близкий человек сердится, он отвергает меня» и, на более обобщенном уровне, «Если люди отвергают меня, я останусь в полном одиночестве» и «Одиночество приведет к разрушительным последствиям». Убеждения организованы согласно иерархии, которая приписывает все более широкие и сложные значения на последовательных уровнях.

Этот пример иллюстрирует относительно новую идею в когнитивной психологии, а именно то, что на обработку информации влияет механизм «упреждения» (Mahoney, 1980). На самом основном уровне Сью имела убеждение, что она была непривлекательна. Это убеждение проявлялось как предрасположенность к приписыванию устойчивого значения, когда происходило релевантное событие (Beck, 1964, 1967). Убеждение принимало условную форму: «Если люди отвергают меня, значит, я непривлекательна». Большей частью это убеждение временно находилось в латентном состоянии, если она не оказывалась в ситуации, когда ее отвергали. Это убеждение (или схема) заменяло другие более разумные убеждения (или схемы), которые могли быть более подходящими в соответствующей ситуации (Beck, 1967). Если имелись данные, которые позволяли предположить, что Том отвергает ее, то ее внимание сосредоточивалось на мысли о собственной непривлекательности. Она интерпретировала информацию о поведении Тома так, чтобы она соответствовала этой схеме, даже если другая формула могла бы лучше соответствовать имеющимся данным, например: «Громкий стук говорит об избытке сил». Так как схема отвержения Сью была гипервалентна, она запускалась вместо других схем, которые, по-видимому, были подавлены гипервалентной схемой.

Конечно, психологические процессы Сью протекали и за пределами вывода о том, что ее отвергают. Всякий раз, когда активизируется схема собственной ущербности или угрозы, происходит последовательная активация «аффективной схемы»; такая схема у Сью приводила к интенсивному переживанию печали. Негативная интерпретация события связана с соответствующей эмоцией.

Хотя такие явления, как мысли, чувства и желания, могут лишь на короткое время появляться в нашем сознании, лежащие в их основе структуры, ответственные за эти субъективные переживания, относительно устойчивы и долговременны. Кроме того, эти структуры сами по себе неосознанны, хотя мы можем с помощью интроспекции определить их содержание. Тем не менее через такие сознательные процессы, как распознавание, оценка и проверка интерпретаций (основные методы когнитивной психотерапии), люди могут влиять на деятельность основных структур и в некоторых случаях существенно изменять их.

Характеристики схем

Теперь рассмотрим место схем в личности и опишем их характеристики.

Понятие «схема» имеет в психологии XX века относительно долгую историю. Этот термин появился в работах Бартлетта (Bartlett, 1932, 1958) и Пиаже (Piaget, 1926, 1936/1952) и использовался для описания тех структур, которые интегрируют в себе значение и приписывают его событиям. Содержание схем может быть связано с личными отношениями, такими как отношение к себе или другим, или безличными категориями (например, неодушевленными объектами). Эти объекты могут быть конкретными (стул) или абстрактными (моя страна).

Схемы имеют дополнительные структурные качества, такие как широта (узкие, дискретные или широкие), гибкость или жесткость (возможность их изменения) и интенсивность (их место в когнитивной организации). Они также могут быть описаны в терминах их валентности — степени, в которой они активированы в данный момент. Уровень активации (или валентность) может изменяться от латентного до гипервалентного. Когда схемы латентны, они не участвуют в обработке информации; когда же они активизированы, они направляют когнитивные процессы от самой ранней до заключительной стадии. Понятие «схема» подобно введенному Джорджем Келли (Kelly, 1955) термину «личностные конструкты».

В области психопатологии термин «схема» применяется к структурам с высокоиндивидуализированным идиосинкразическим содержанием, они активизируются и становятся

доминирующими при таких расстройствах, как депрессия, тревога, приступы паники и навязчивые мысли. В состоянии гипервалентности эти идиосинкразические схемы замещают и, вероятно, подавляют другие схемы, которые могут быть более адаптивны или лучше подходят в данной ситуации. В результате они являются причиной систематических искажений в обработке информации (Beck, 1964, 1967; Beck et al., 1985).

Типичные схемы при расстройствах личности похожи на те, которые активизированы при различных симптомах и синдромах, но они действуют на более постоянной основе при переработке информации. При зависимом расстройстве личности схема «Я нуждаюсь в помощи» будет активизирована всякий раз, когда возникает проблемная ситуация, тогда как у депрессивных больных она будет проявляться только в состоянии депрессии. При расстройствах личности схемы — это часть нормальной, каждодневной обработки информации.

Личность может быть понята как относительно устойчивая организация, состоящая из систем и форм поведения. Системы блокирующих структур (схем) ответственны за последовательность процессов от приема стимула до конечной поведенческой реакции. Интеграция стимулов из окружающей среды и формирование адаптивной реакции зависят от этих блокирующих систем специализированных структур. Отдельные, но связанные между собой системы затрагивают память, когнитивные процессы, эмоции, мотивацию, действия и сознательный контроль. Основные действующие элементы — схемы — организованы согласно их функциям (а также согласно их содержанию). Каждый тип схем имеет свои функции. Например, когнитивные схемы связаны с абстрагированием, интерпретацией и припоминанием; аффективные схемы ответственны за возникновение чувств; мотивационные схемы имеют дело с желаниями и влечениями; инструментальные схемы обеспечивают подготовку к действию; схемы контроля участвуют в самоконтроле и запрещении или направлении тех или иных действий.

Некоторые подсистемы, составленные из когнитивных схем, связаны с оценкой себя; другие связаны с оценкой других людей. Ряд подсистем предназначен для хранения воспоминаний, эпизодических или семантических, и обеспечения доступа к ним. Есть также подсистемы, которые подготавливают человека к предстоящим событиям и создают основу для ожиданий, предсказаний и долговременных прогнозов.

Когда отдельные схемы гипервалентны, их порог активации низок и они легко запускаются незначительным или тривиальным стимулом. Они также «доминантны»; то есть они легко замещают более подходящие схемы или конфигурации при обработке информации (Beck, 1967). Клинические наблюдения свидетельствуют о том, что схемы, которые больше подходят к действительной ситуации стимула, активно подавляются. Так, при клинической депрессии, например, преобладают негативные схемы, что приводит к систематическим негативным искажениям при интерпретации и припоминании переживаний как при краткосрочных, так и при долговременных предсказаниях, тогда как позитивные схемы становятся менее доступными. Депрессивным пациентам легче видеть негативные аспекты события и труднее — позитивные. Они намного более готовы вспоминать негативные события, чем позитивные, и оценивают нежелательные результаты как более вероятные, чем положительные.

Когда у человека начинается клиническая депрессия (или тревожное расстройство), имеется явный «когнитивный сдвиг». В энергетических терминах, происходит сдвиг от нормальной когнитивной обработки к преобладанию обработки с помощью негативных схем, которые составляют депрессивный способ действий. Термины «катексис» и «контркатексис» психоаналитические авторы использовали, чтобы описать развертывание энергии для активизации неосознанных паттернов (катексис) или их запрещения (контркатексис). Так, при депрессии катектирован депрессивный способ действий; при генерализованном тревожном расстройстве катектирован способ действий в ситуации опасности; при паническом расстройстве катектирован способ действий в ситуации паники (Beck et al., 1985).

Роль эмоций в личности

Может показаться, что при обсуждении когнитивных и поведенческих паттернов мы пренебрегаем субъективными аспектами нашей эмоциональной жизни — чувствами печали, радости, ужаса и гнева. Мы сознаем, что, вероятно, будем чувствовать грусть, когда мы в разлуке с любимым человеком или переживаем потерю статуса, или будем довольны, когда видим выражение любви или достигаем цели, или будем сердиты, когда с нами плохо обращаются. Как эти эмоциональные — или аффективные — переживания вписываются в схему организации личности? Каково их отношение к основным когнитивным структурам и стратегиям? Согласно нашей формулировке, эмоции, связанные с удовольствием и болью, играют ключевую роль в мобилизации и поддержании решающих стратегий. По-видимому, стратегии выживания и размножения работают отчасти на основе их связи с центрами

боли и удовольствия. Как было указано ранее, действия, направленные на выживание и размножение, ведут к удовольствию при успешном осуществлении и «причиняют боль», когда встречают препятствия. Побуждения, связанные с едой и сексом, вызывают напряжение при соответствующей стимуляции и наслаждение при удовлетворении. Другие эмоциональные структуры, вызывающие тревогу и печаль, соответственно подкрепляют когнитивные сигналы, которые подготавливают нас к опасности или указывают на то, что мы потеряли что-то ценное (Beck et al., 1985). Таким образом, эмоциональные механизмы служат для подкрепления поведения, направленного на выживание и установление связей через ожидание и переживание различных типов удовольствия. В то же время дополнительные механизмы ослабляют потенциально пагубные или опасные действия через пробуждение тревоги и дисфории (Beck et al., 1985). Другие автоматические механизмы, связанные с системой контроля и участвующие в регуляции поведения, будут рассмотрены несколько позже.

От восприятия к поведению

Одним из основных компонентов организации личности являются последовательности различных видов схем, которые действуют аналогично сборочной линии. Для простоты изложения эти структуры могут рассматриваться как действующие в логической линейной прогрессии. Например, воздействие опасного стимула активизирует соответствующую «схему опасности», которая начинает обрабатывать информацию. Затем последовательно активизируются аффективные, мотивационные, действенные и контролирующие схемы. Человек интерпретирует ситуацию как опасную (когнитивная схема), чувствует тревогу (аффективная схема), хочет выйти из этой ситуации (мотивационная схема) и мобилизует силы на то, чтобы убежать (действенная, или инструментальная, схема). Если человек полагает, что бегство непродуктивно, он может подавить это побуждение (схема контроля).

При заболеваниях Оси I определенный способ действий становится гипервалентным и ведет, например, к озабоченности потерей, опасностью или столкновением. В случае депрессии цепная реакция такова: когнитивная —> аффективная —> мотивационная —> моторная. В личностно значимых ситуациях интерпретация и эмоция образуют «эффекторную петлю», или систему действий. Например, после того как Сью интерпретировала отвержение, на ее лице появлялось грустное выражение. Этот процесс, который произошел автоматически, филогенетически мог бы служить формой коммуникации, например как сигнал бедствия. Одновременно были запущены «схемы действия» — была активизирована ее собственная частная стратегия реагирования на отвержение, и она испытала желание войти в соседнюю комнату и попросить Тома успокоить ее. Она была готова действовать согласно ее стереотипной стратегии. В этот момент она могла поддаться или не поддаться своему импульсу бежать к Тому.

Внутренняя система контроля

Мы знаем, что люди не поддаются каждому побуждению, будь то желание смеяться, плакать или ударить кого-нибудь. Другая система — «система контроля» — действует в единстве с системой действия, чтобы регулировать, изменять или подавлять побуждения. Эта система также основана на убеждениях, многие или большинство из которых являются реалистическими или адаптивными. В то время как побуждения составляют наши «хочу», эти убеждения составляют «нужно» или «нельзя» (Beck, 1976). Вот примеры таких убеждений: «Нельзя бить того, кто слабее или сильнее, чем вы», «Вы должны положиться на власти», «Вы не должны плакать на людях». Эти убеждения автоматически преобразуются в команды: «Не бей», «Делай то, что тебе сказали», «Не плачь». Запрещения таким образом препятствуют выражению желаний. Сью имела определенные персональные убеждения, в частности: «Если я попрошу у Тома слишком много поддержки, он рассердится на меня» (предсказание). Следовательно, она подавила свое желание побежать в соседнюю комнату и спросить, любит ли он ее.

В психотерапии важно идентифицировать: убеждения (например, «Меня не любят»), которые формируют персональные интерпретации; убеждения в инструментальной системе, которые инициируют действие (например, «Спроси его, любит ли он меня»); убеждения в системе контроля, которые управляют предчувствиями и, следовательно, облегчают или подавляют действие (Beck, 1976). Контролирующая или регулирующая система играет в расстройствах личности решающую роль и поэтому требует дальнейшего изучения.

Функции контроля могут быть разделены на связанные с саморегуляцией, то есть направленные внутрь, и на те, которые ответственны за отношения с внешней, прежде всего социальной, средой.

Самоуправляемые регулирующие процессы, имеющие особое отношение к расстройствам личности, связаны с тем, как люди общаются с самими собой. Внутренняя коммуникация состоит из

самоконтроля, самоотчета и оценки себя, предупреждений и инструкций (Beck, 1976). Эти процессы становятся более заметными, когда они чрезмерны или недостаточны. Люди, которые слишком контролируют себя, склонны чувствовать себя подавленно (мы наблюдаем это у избегающих личностей, а также при тревоге), тогда как недостаток подавления способствует импульсивности.

Самоотчет и оценка себя — это важные методы, с помощью которых люди могут определять, «идут ли они правильным курсом». Тогда как самоотчет может просто представлять наблюдения за собой, оценка себя подразумевает высказывание оценочных суждений о себе в понятиях «хороший — плохой», «стоящий — никчемный», «привлекательный — непривлекательный». Негативные оценки себя явно обнаруживаются при депрессии, но более тонко могут проявляться и при большинстве других расстройств личности.

В нормальном состоянии эта система оценок себя и самоуправления работает более или менее автоматически. Люди могут не осознавать этих «сигналов от самого себя», если специально не сосредоточивают на них внимание. Эти когнитивные структуры затем могут быть представлены в форме так называемых «автоматических мыслей» (Beck, 1967). Как отмечено ранее, эти автоматические мысли становятся гипервалентными при депрессии, и они выражены в понятиях типа «Я ничего не стою» или «Я нежеланен».

Оценки себя и инструкции самому себе, по-видимому, происходят из более глубоких структур, а именно Я-концепций, или схем самого себя. Фактически преувеличенно негативные (или позитивные) Я-концепции могут являться факторами, которые перемещают человека из группы «типов личности» в группу «расстройств личности». Например, развитие стойкого представления о себе как о беспомощном человеке может привести к тому, что у человека, переживавшего в детстве нормальные желания, связанные с зависимостью, возникнет «патологическая» зависимость во взрослой жизни. Точно так же акцент на системах, контроле и порядке может предрасполагать человека к расстройству личности, при котором системы станут хозяином, а не средством, а именно к развитию обсессивно-компульсивного расстройства личности.

В ходе взросления мы создаем массу правил, которые обеспечивают субстрат для наших оценок себя и самоуправления. Эти правила также формируют основание для установки стандартов, ожиданий и наших планов действия. Так, женщина, придерживающаяся правила «Я всегда должна выполнять работу идеально», может постоянно оценивать свою работу, хваля себя за достижение определенной цели и критикуя за недостижение требуемого уровня качества. Так как правило жестко, она не может работать, пользуясь практичным, более гибким правилом типа «Важно выполнить работу, даже если результат не идеален». Подобным же образом люди создают правила для межличностного поведения: «нужно» и «нельзя» могут приводить к явному социальному подавлению, которое мы находим у избегающих личностей. Эти люди также будут чувствовать тревогу даже при мысли о нарушении правила типа «Не нарывайся на неприятности».

Переход к заболеванию Оси II. Мы уже обсудили понятие «когнитивный сдвиг». Когда у людей развивается заболевание Оси II, они имеют тенденцию обрабатывать информацию выборочно и дисфункциональным способом.

Изменения в организации личности

Убеждения, имевшиеся у пациента до развития депрессии или тревоги, становятся намного более сильными и всеобъемлющими. Убеждения типа «Если вам не сопутствует успех, вы ничего не стоите» или «Хорошая мать должна всегда удовлетворять потребности ребенка» станут крайне выраженными. Кроме того, некоторые аспекты негативного образа себя становятся акцентуированными и расширенными, ввиду чего пациент постоянно возвращается к мысли «Я ничего не стою» или «Я неудачник». Негативные мысли, которые имели переходный характер и были не так сильны до депрессии, станут могущественными и доминирующими над чувствами пациента и его поведением (Beck, 1963).

Некоторые из более частных условных убеждений станут расширенными и будут включать намного более широкий спектр ситуаций. Убеждение или установка «Если у меня не будет никого, кто вел бы меня в новых ситуациях, мне с ними не справиться» вырастает до «Если рядом со мной постоянно не будет кого-то сильного, я пропаду». При усилении депрессии эти убеждения могут расшириться до «Так как я беспомощен, я нуждаюсь в ком-то, кто будет заботиться обо мне». Убеждения, таким образом, становятся безусловными и принимают крайнюю форму.

Легкость, с которой эти пациенты принимают свои дисфункциональные убеждения при депрессии или тревожном расстройстве, говорит о том, что они временно потеряли способность проверять реальностью свои дисфункциональные интерпретации. Например, депрессивный больной, которым овладевает идея «Я — презренный человек», по-видимому, не способен взглянуть на это убеждение,

оценить противоречащие ему факты и отклонить это убеждение, даже если оно ничем не подтверждено. Эта когнитивная неспособность, видимо, опирается на временную невозможность применения рациональных способов познания, с помощью которых мы проверяем наши умозаключения. Когнитивная психотерапия прямо направлена на «перезарядку» системы проверки реальностью. При этом психотерапевт играет роль «помощника в проверке реальностью» для пациента.

Депрессивные больные отличаются тем, как они автоматически обрабатывают данные. Экспериментальные исследования (Gilson, 1983) показывают, что они быстро и эффективно усваивают негативную информацию о себе, обработка же позитивной информации блокирована. Дисфункциональное мышление становится более заметным, и становится все труднее применять корректирующие, более рациональные когнитивные процессы.

Как указано ранее, способ использования людьми данных о себе и других зависит от организации их личности. Когда имеется расстройство какого-либо типа — клинический синдром (Ось I) или расстройство личности (Ось II), упорядоченная обработка этих данных систематически искажается и становится дисфункциональной. Эти искажения в интерпретации и последующем поведении сформированы дисфункциональными убеждениями и установками пациентов.

Изменения в когнитивной организации

Многие из основных убеждений, которые мы обнаруживаем при расстройствах Оси II, становятся очевидными, когда у пациента развивается генерализованное тревожное расстройство или большое депрессивное расстройство. Например, некоторые из более частных условных убеждений станут расширенными и будут включать намного более широкий спектр ситуаций. Убеждение (или установка) «Если у меня не будет никого, кто вел бы меня в новых ситуациях, мне с ними не справиться» станет таким: «Если рядом со мной не будет всегда кто-то сильный, я пропаду». При усилении депрессии эти убеждения могут расшириться до следующего: «Так как я беспомощен, я нуждаюсь в ком-то, кто будет заботиться обо мне». Убеждения, таким образом, становятся безусловными и принимают крайнюю форму.

Более того, убеждения, которые пациент имел до развития депрессии (или другого расстройства Оси I), становятся намного более сильными и всеобъемлющими, например «Если вам не сопутствует успех, вы ничего не стоите» или «Хорошая мать должна всегда удовлетворять потребности ребенка». Убеждения, связанные с самим собой (негативный образ себя), также станут акцентуированными и расширенными до такой степени, что заполнят собой Я-концепцию (Beck, 1967), ввиду чего пациент постоянно будет возвращаться к мысли «Я ничего не стою» или «Я неудачник». Негативные убеждения или мысли, которые имели переходный характер и были не так сильны до депрессии, станут могущественными и доминирующими над чувствами пациента и его поведением.

Когнитивный сдвиг

Иллюстрацией сдвига в когнитивных функциях при переходе от расстройств личности к состоянию тревоги и затем к депрессии могут служить переживания Сью. Насколько она себя помнила, она всегда сомневалась в том, принимают ли ее люди. Когда ее отношения с Томом оказались под угрозой, эти спорадические сомнения трансформировались в непрерывное волнение. По мере того как она погружалась в депрессию, ее убеждение, что она может оказаться нежеланной, сменялось убеждением, что она *является* нежеланной.

Точно так же установки Сью, связанные с будущим, изменялись от хронической неуверенности к постоянному опасению и в конечном счете, когда ее состояние становилось еще более депрессивным, к утрате веры в будущее. К тому же она была склонна в состоянии тревоги делать катастрофические прогнозы на будущее, а в состоянии депрессии полагала, что такая катастрофа уже произошла.

Когда Сью не находилась в состоянии клинической депрессии или тревоги, она была способна воспринимать некоторую позитивную информацию о себе: она была «хорошим человеком», внимательным и верным другом и добросовестным работником. При возникновении тревоги она могла отмечать наличие у себя этих положительных качеств, но они казались ей менее релевантными — возможно, потому что они очевидно не гарантировали ей стабильных отношений с мужчиной. С началом депрессии она затруднялась признать наличие у себя положительных качеств и даже не могла думать о них; когда же она все-таки была способна признать их наличие, она была склонна обесценивать их, так как они противоречили ее образу себя.

Мы уже отметили, что дисфункциональные убеждения пациентов становятся ярче выраженными и более жесткими при развитии аффективных расстройств. До этого Сью лишь иногда подтверждала убеждение «Я не могу быть счастлива без мужчины». По мере того как у нее развивались тревога и

депрессия, это убеждение менялось на такое: «Я всегда буду несчастна без мужчины».

Иллюстрацией усиления когнитивной дисфункции от расстройства личности до тревоги и далее до депрессии является постепенное ухудшение способности осуществлять проверку реальностью. В состоянии тревоги Сью была способна рассматривать свои катастрофические ожидания с некоторой долей объективности. Она могла понимать, что мысль «Я всегда буду одна и несчастна, если эти отношения разрушатся» — не больше чем мысль. Когда она погружалась в депрессию, мысль о том, что она действительно всегда будет несчастна, уже была не просто возможностью; для нее это было действительностью, фактом.

В психотерапии долговременные убеждения, которые формируют матрицу расстройств личности, изменить наиболее трудно. Если убеждения связаны только с аффективными и тревожными расстройствами, улучшение состояния происходит быстрее, так как эти убеждения менее устойчивы. Так, человек может перейти от депрессивного способа действий к нормальному в результате психотерапии, медикаментозной терапии или просто с течением времени. Наблюдается сдвиг энергии (катексис) от одного способа к другому. Когда происходит этот сдвиг, проявления «расстройства мышления» при депрессии (систематические негативные искажения, чрезмерное обобщение, персонализация) значительно сглаживаются. «Нормальный» способ действий при расстройствах личности более устойчив, чем депрессивный или тревожный. Так как схемы при нормальном способе действий более полно представлены в когнитивной организации, они труднее поддаются изменению. Эти схемы определяют отличительные характеристики нормальной личности и расстройств личности. В рамках каждого расстройства личности доминируют определенные убеждения и стратегии, которые образуют характерный профиль. Эти отличительные особенности будут рассмотрены в следующей главе.

Глава 3.
Когнитивные профили

Существует простой подход к пониманию расстройств личности, который заключается в том, чтобы рассматривать их в терминах определенных векторов. Вслед за Хорни (Horney, 1950) мы можем рассматривать эти межличностные стратегии с учетом того, как типы личности касаются других людей и действуют на них, как они используют межличностное пространство. Люди могут помещать или ставить себя против других, по направлению к другим, в стороне от других, над другими или под другими. Зависимые личности движутся по направлению *к* другим и *под* них (покорные, подвластные). Люди другого «типа» *стоят неподвижно* и могут мешать другим: это пассивно-агрессивные личности. Нарциссические личности ставят себя *выше* других. Обсессивно-компульсивные личности могут перемещаться *выше* в целях контроля. Шизоидные личности *отдаляются*, а избегающие подходят ближе и затем отходят *в сторону*. Гистрионные личности используют пространство, чтобы притягивать других к себе.[3] Как мы увидим, эти векторы можно рассматривать как видимые проявления специфических межличностных стратегий, связанных с определенными личностными расстройствами.[4]

Эта упрощенная схема представляет один из взглядов на типы и расстройства личности, где они классифицируются на основе положения, в которое люди ставят себя по отношению к другим. Когда такое поведение расценивается как дисфункциональное, диагноз расстройства личности считается оправданным, если это ведет к проблемам, которые причиняют страдание пациенту (например, избегающая личность), или создает трудности в отношениях с другими людьми или с обществом (например, антисоциальная личность). Но многие люди с диагностированным расстройством личности не расценивают себя как страдающих такими расстройствами. Люди вообще расценивают свои личностные паттерны как нежелательные, только когда они ведут к появлению симптомов (например, депрессии или тревоги) или когда они явно мешают осуществлению важных социальных или профессиональных устремлений (как в случаях зависимой, избегающей или пассивно-агрессивной личности).

Когда человек сталкивается с ситуациями, которые препятствуют осуществлению его идиосинкразической стратегии (например, когда зависимый человек отделен от значимого другого или находится под угрозой отделения от него или когда обсессивно-компульсивная личность попала в неуправляемую ситуацию), у него могут развиться симптомы депрессии или тревоги. Некоторые люди с расстройствами личности могут расценивать собственные паттерны как совершенно нормальные и удовлетворительные, но получать диагностический ярлык, потому что их поведение негативно оценивают окружающие, как в случае нарциссических, шизоидных или антисоциальных личностей.

Но наблюдаемые формы поведения (или стратегии) — лишь один из аспектов расстройств

личности. Каждое расстройство характеризуется не только дисфункциональным или антисоциальным поведением, но и сочетанием убеждений, установок, эмоций и стратегий. Можно получить отличительный профиль каждого из расстройств на основе их типичных когнитивных, эмоциональных и поведенческих особенностей. Эта типология описывает расстройства личности в чистой форме, но необходимо помнить, что у людей могут присутствовать признаки нескольких типов личности.

Чрезмерно развитые и недоразвитые паттерны

У людей с расстройством личности обычно одни паттерны поведения гипертрофированы или чрезмерно развиты, а другие — слаборазвиты. Обсессивно-компульсивное расстройство, например, может характеризоваться чрезмерным акцентом на контроле, ответственности, систематизации и относительном дефиците спонтанности и игривости. Как показано в табл. 3.1, другие расстройства личности также обнаруживают явное присутствие одних паттернов и лишь едва заметное наличие других паттернов. Недостаток одних качеств часто сопровождается значительным развитием других. Это выглядит так, как будто при чрезмерном развитии определенной межличностной стратегии уравновешивающая ее стратегия не в состоянии развиться должным образом. Можно предположить, что, когда ребенок часто демонстрирует преобладающий тип поведения, это затрудняет и, возможно, ослабляет развитие других адаптивных форм поведения. В последующих главах для каждого из расстройств личности будет показано, что некоторые чрезмерно развитые стратегии могут быть производными или компенсациями специфического типа Я-концепции и реакцией на специфический опыт, связанный с возрастным развитием. Как указано в главе 2, генетическая предрасположенность также может способствовать развитию специфических паттернов. Некоторые дети, например, явно тянутся ко всему интересному, в то время как другие кажутся застенчивыми и подавленными уже на ранних стадиях развития. Так, нарциссическая личность может развиться, когда человек отчаянно старается преодолеть глубокое чувство никчемности. Обсессивно-компульсивная личность может развиться как способ обеспечения порядка в беспорядочной окружающей среде в ответ на неустроенную жизнь в детстве. Параноидная личность может сформироваться в ответ на ранний опыт предательства или обмана; пассивно-агрессивная личность может развиться в ответ на чью-то манипуляцию. Зависимой личности часто свойственна фиксация на близкой привязанности, которая по разным причинам могла подкрепляться членами семьи, вместо того чтобы постепенно уменьшаться в ходе развития. Точно так же гистрионная личность может сформироваться на основе опыта вознаграждения за успешный эксгибиционизм, например развлечение других, чтобы получать одобрение и любовь.

Таблица 3.1. Типичные чрезмерно развитые и слаборазвитые стратегии

Необходимо отметить, что к расстройствам личности могут вести различные пути. Нарциссическое, обсессивно-компульсивное, параноидное и даже антисоциальное расстройства личности, например, могут развиться как компенсация или проявление страха (то есть как результат ощущения хаоса, манипуляции или преследования) либо вследствие подкрепления релевантных стратегий значимыми другими людьми или по обеим названным причинам.

Нельзя не отметить важность идентификации с членами семьи. Некоторые люди, по-видимому, усваивают дисфункциональные паттерны своих родителей или братьев и сестер и пользуются ими, когда взрослеют. У других людей расстройства личности, очевидно, развиваются на базе наследования сильной предрасположенности. Так, недавнее исследование Кагана (Kagan, 1989) показывает, что рано проявившаяся застенчивость имеет тенденцию сохраняться. Возможно, что врожденная предрасположенность к застенчивости может быть так подкреплена последующим опытом, что человек не просто становится неассертивным, но у него формируется избегающая личность. Полезно анализировать психологические характеристики людей с расстройствами личности в терминах их представлений о себе и других, их основных убеждений, стратегий и эмоций. Таким способом психотерапевты могут получить определенные когнитивно-поведенчески-эмоциональные профили, что поможет им понять каждое расстройство и будет способствовать лечению.

Отдельные когнитивные профили

Избегающее расстройство личности

Люди с диагнозом избегающего расстройства личности, поставленным на основе критериев *DSM-III-R* , имеют следующий основной конфликт: они хотели бы быть ближе к другим и соответствовать их

интеллектуальному и профессиональному потенциалу, но боятся быть обиженными, отвергнутыми и потерпеть неудачу. Их стратегия (в отличие от зависимых людей) состоит в том, чтобы избегать общения или активного участия в чем-либо.

Представление о себе. Они воспринимают себя как социально неприспособленных и некомпетентных в работе или учебе.

Представление о других. Они воспринимают других как потенциально критически настроенных, незаинтересованных и унижающих.

Убеждения. Нередко люди с этим расстройством имеют такие *глубинные* убеждения: «Я плохой, никчемный, непривлекательный. Я не могу терпеть неприятные чувства». Эти убеждения питают следующий (более высокий) уровень *условных* убеждений: «Если люди приблизятся ко мне, они обнаружат "настоящего меня" и отвергнут меня, — что будет невыносимо». Или: «Если я предприму что-либо новое и у меня это не получится, это будет катастрофой».

Следующий уровень, который определяет их поведение, состоит из *инструментальных* убеждений, или инструкций самому себе, таких как «Лучше не участвовать в рискованных делах», «Я должен любой ценой избегать неприятных ситуаций», «Если я чувствую что-то неприятное или думаю об этом, я должен попытаться забыть об этом, отвлекшись или приняв дозу (спиртного, наркотика и т. д.)».

Угроза. Главной угрозой представляется то, что люди будут считать их обманщиками, осудят, унизят или отвергнут.

Стратегия. Их основная стратегия состоит в том, чтобы избегать ситуаций, в которых их могут оценивать. Так, они склонны держаться особняком в социальных группах и не привлекать к себе внимания. На работе они избегают новых обязанностей и продвижения по службе из-за опасения неудачи и последующих репрессий со стороны других.

Эмоции. Основная эмоция — дисфория, то есть сочетание постоянной тревоги с печалью. Тревогу вызывает возможность подвергнуться критике, а печаль — отсутствие близких отношений и успехов.

Их низкая устойчивость к дисфории препятствует развитию методов преодоления застенчивости и более эффективного самоутверждения. Так как они склонны к интроспекции и постоянно следят за своими чувствами, они очень чувствительны к печали и тревоге. Как ни странно, несмотря на их чрезмерно развитое осознание болезненных чувств, они уклоняются от осознания неприятных мыслей — тенденция, которая соответствует их главной стратегии и называется «когнитивным избеганием».

Их низкая терпимость к неприятным чувствам и чувствительность к неудаче и отвержению влияет на все их действия. В отличие от зависимых людей, которые справляются со страхом неудачи, стремясь найти поддержку у окружающих, избегающие личности просто снижают свои ожидания и избегают любой активности, которая связана с риском неудачи или отвержения.

Зависимое расстройство личности

Люди с зависимым расстройством личности считают себя беспомощными и поэтому пытаются привязаться к более сильному человеку, который обеспечит их средствами для выживания и счастья.

Представление о себе. Они чувствуют себя нуждающимися, слабыми, беспомощными и некомпетентными.

Представление о других. Они идеализируют образ сильного «опекуна», воспринимая его как заботливого, благосклонного и компетентного. В отличие от избегающей личности, которая остается свободной от «сложных отношений» и, следовательно, не получает социальной поддержки, зависимая личность может функционировать довольно успешно, пока рядом находится сильный человек.

Убеждения. Эти пациенты полагают: «Я нуждаюсь в других людях — а именно в сильном человеке, — чтобы остаться в живых». Более того, они уверены, что их счастье зависит от наличия такого человека. Они полагают, что нуждаются в устойчивом, непрерывном потоке поддержки и поощрения. Как выразилась одна зависимая пациентка: «Я не могу жить без мужчины». Или: «Я не могу быть счастлива, если меня не любят».

В терминах иерархии убеждений, их *глубинным* убеждением, вероятно, будет следующее: «Я абсолютно беспомощен» или: «Я в полном одиночестве». Их *условные* убеждения таковы: «Я могу нормально жить, только если рядом со мной есть кто-то компетентный», «Если меня бросят, я умру», «Если меня не будут любить, я всегда буду несчастен». *Инструментальный* уровень состоит из императивов типа «Не обижай опекуна», «Держись к нему ближе», «Поддерживай как можно более близкие отношения», «Будь зависимым, чтобы связать его или ее».

Угроза. Главная угроза или травма связана с отвержением или отказом.

Стратегия. Их основная стратегия состоит в том, чтобы культивировать зависимые отношения.

Они часто будут делать это, подчиняясь «сильному» человеку и пытаясь успокоить этого человека или угодить ему.

Эмоции. Их главным аффектом является тревога — беспокойство по поводу возможного разрыва зависимых отношений. Они периодически испытывают сильную тревогу, когда чувствуют, что отношения действительно напряженные. Если человек, от которого они зависят, исчезает, они могут погрузиться в депрессию. С другой стороны, они испытывают радость или эйфорию, когда их зависимые желания удовлетворены.

Пассивно-агрессивное расстройство личности

Люди с пассивно-агрессивным расстройством личности имеют противоположный стиль, который свидетельствует об их нежелании получать признание и поддержку от людей, обладающих властью. Главная проблема состоит в конфликте между их желанием получить выгоды, которыми жалует власть, с одной стороны, и желанием поддерживать свою независимость — с другой. Следовательно, они пытаются поддерживать отношения, становясь пассивными и покорными, но когда ощущают, что потеряли независимость, ниспровергают власть.

Представление о себе. Они могут воспринимать себя как самодостаточных, но уязвимых к постороннему вторжению. (Они, однако, тянутся к сильным людям и организациям, так как жаждут социального одобрения и поддержки. Следовательно, желание присоединения часто сталкивается у них со страхом вторжения.)

Представление о других. Они воспринимают других, особенно людей, обладающих властью, как назойливых, требовательных, вмешивающихся, контролирующих и доминирующих, но в то же время способных к одобрению, принятию и заботе.

Убеждения. Их *глубинные* убеждения связаны со следующими представлениями: «Невыносимо быть под контролем других», или «Я должен делать все по-своему», или «Я заслуживаю одобрения за все, что я сделал».

Их конфликты выражены в столкновении убеждений: «Мне нужно, чтобы власть поддерживала меня и заботилась обо мне» и «Я должен защищать свою идентичность». (Тот же самый вид конфликтов часто наблюдается у пациентов с пограничным расстройством личности.) *Условное* убеждение выражено в представлениях типа «Если я придерживаюсь правил, я теряю свободу действий». Их *инструментальные* убеждения выражаются в отсрочке действий, которых ожидает от них власть, или в поверхностном подчинении, но неподчинении по существу.

Угроза. Главная угроза или страхи связаны с потерей одобрения и уменьшением независимости.

Стратегия. Их главная стратегия состоит в том, чтобы укреплять свою независимость через скрытую оппозицию людям, наделенным властью, и в то же время через видимый поиск покровительства властей. Они пробуют уклоняться от выполнения правил или обходить их в форме скрытого неповиновения. Они часто бывают деструктивны в форме невыполнения работы вовремя, непосещения занятий и тому подобного поведения. Несмотря на это, на первый взгляд, из-за потребности в одобрении, они могут стараться казаться послушными и принимающими власть. Часто они очень пассивны. Они склонны идти по пути наименьшего сопротивления; часто избегают ситуаций соперничества и действуют в одиночку.

Эмоции. Их главным аффектом является сдерживаемый гнев, который связан с противодействием правилам, установленным властью. Этот аффект, который является осознаваемым, сменяется тревогой, когда они ждут репрессий и находятся под угрозой прекращения «подпитки».

Обсессивно-компульсивное расстройство личности

Ключевые слова для обсессивно-компульсивных личностей — «контроль» и «должен». Эти люди так тщательно выбирают средства, необходимые для достижения цели, что средства сами по себе становятся целью. Для них «порядок есть благочестие».

Представление о себе. Они считают себя ответственными за себя и за других. По их мнению, для достижения своих целей они должны полагаться на себя. Они ответственны перед собственной перфекционистской совестью. Ими движут различные «должен». Многие из людей с этим расстройством в душе воспринимают себя как ни на что не способных или беспомощных. Глубокая обеспокоенность своей беспомощностью связана со страхом быть сломленным и неспособным действовать. В таких случаях их излишняя сосредоточенность на системах является компенсацией их мнения о своей ущербности и беспомощности.

Представление о других. Они воспринимают других как слишком легкомысленных, нередко безответственных, потакающих своим желаниям или некомпетентных. Они щедро применяют слово

«должен» к другим в попытке потворствовать собственным слабостям.

Убеждения. При тяжелом обсессивно-компульсивном расстройстве основные убеждения таковы: «Я мог бы быть сломлен», «Я полностью дезорганизован или дезориентирован», «Мне нужны порядок, системы и правила, чтобы выжить». Их *условные* убеждения: «Если я не буду иметь систем, все развалится», «Любой недостаток или дефект в работе приведет к обвалу», «Если я или другие не будут делать работу в соответствии с самыми высокими стандартами, мы потерпим неудачу», «Если мне не удастся этого сделать, я неудачник».

Их *инструментальными* убеждениями являются императивы: «Я должен управлять ситуацией», «Я должен делать все только правильно», «Я знаю, что лучше всего», «Вы должны делать это по-моему», «Детали крайне важны», «Люди *должны* работать лучше и больше стараться», «Я все время должен подгонять себя (и других)», «Людей нужно критиковать, чтобы предотвратить ошибки в будущем». Часто возникают автоматические мысли с оттенком критики: «Почему они не могут делать это правильно?» или «Почему я всегда ошибаюсь?»

Угрозы. Главные угрозы — упущения, ошибки, дезорганизация или несовершенство. Они склонны к «катастрофическим» мыслям, что «ситуация выйдет из-под контроля» или что они «не справятся с делом».

Стратегия. Их стратегия связана с системами правил, стандартов и представлений о том, что они «должны» делать. Применяя правила, они оценивают работу других так же, как собственную. Они пытаются установить максимальный контроль над собственным поведением и поведением других людей, связанным с достижением их целей. Они пытаются контролировать свое поведение с помощью различных «должен» и самокритики, а поведение других людей с помощью чрезмерного управления либо неодобрения и наказания. Это инструментальное поведение может доходить до применения силы и порабощения.

Эмоции. Из-за своих перфекционистских стандартов эти люди особенно склонны к сожалениям, разочарованию и наказанию себя и других. Аффективной реакцией на их предчувствие несоответствующего стандартам выполнения работы является тревога. Когда случается серьезная «неудача», у них может начаться депрессия.

Параноидное расстройство личности

Ключевое слово для параноидного расстройства личности — «недоверие». Возможно, при некоторых обстоятельствах осторожность, поиск скрытых мотивов или недоверие к окружающим может быть адаптивным и даже спасительным, но параноидная личность занимает эту позицию в большинстве ситуаций, включая наиболее благоприятные.

Представление о себе. Параноидные личности полагают, что они добродетельны и с ними плохо обращаются.

Представление о других. По существу, они воспринимают других людей как заблуждающихся, нечестных, вероломных и скрыто манипулирующих. Они полагают, что окружающие хотят вмешиваться в их дела, критиковать их, относятся к ним пристрастно, но делают все это скрытно и под маской невинности. Параноидные личности могут думать, что другие люди образуют против них тайные коалиции.

Убеждения. Глубинные убеждения состоят из представлений типа «Я уязвим для других людей», «Людям нельзя доверять», «Их мотивы подозрительны», «Они обманщики», «Они собираются навредить мне или унизить меня». *Условные* убеждения таковы: «Если я не буду осторожен, люди будут управлять, злоупотреблять или пользоваться мной», «Если люди настроены дружелюбно, это значит, что они пытаются использовать меня», «Если люди ведут себя сдержанно, это доказывает, что они недружелюбны». *Инструментальные* убеждения (или инструкции самому себе) — «Будь начеку», «Не доверяй никому», «Ищи скрытые мотивы», «Не будь одураченным».

Угрозы. Главные страхи связаны с тем, что ими тайно манипулируют, их контролируют, унижают или относятся к ним пристрастно.

Стратегии. Полагая, что другие люди настроены против них, параноидные личности вынуждены быть гипервигильными и всегда оставаться начеку. Они осторожны, подозрительны и все время ищут признаки «скрытых мотивов» своих «противников». Время от времени они могут обвинять этих «противников» в причинении вреда и, следовательно, вызывать некоторую враждебность к себе со стороны окружающих, что подкрепляет болезненные убеждения.

Эмоции. Основная эмоция — гнев по поводу предполагаемых злоупотреблений. Но некоторые параноидные личности могут дополнительно испытывать постоянную тревогу по поводу воспринимаемых угроз. Эта болезненная тревога часто является причиной их стремления к психотерапии.

Антисоциальное расстройство личности

Антисоциальное расстройство личности может принимать разнообразные формы: выражение антисоциального поведения может значительно меняться (см. *DSM-III-R* ;APA, 1987) — от коварства, манипуляции и эксплуатации до прямого нападения.

Представление о себе. Эти люди считают себя одинокими, независимыми и сильными. Некоторые из них полагают, что общество злоупотребляет ими и обращается с ними жестоко, и поэтому оправдывают притеснение других людей, так как считают себя притесняемыми. Другие могут просто принимать на себя роль хищника в «жестоком» мире, где нарушение правил общества является нормальным и даже желательным.

Представление о других. Они воспринимают окружающих людей либо как эксплуататоров и поэтому заслуживающих того, чтобы их также эксплуатировали, либо как слабых и уязвимых и поэтому заслуживающих роли жертвы.

Убеждения. Глубинные убеждения этих людей таковы: «Я должен быть начеку», «Я должен быть агрессором, иначе я буду жертвой». Антисоциальная личность также полагает: «Все люди — лохи или слизняки» или «Все они занимаются эксплуатацией, поэтому я тоже имею право эксплуатировать их». Такой человек полагает, что имеет право нарушать правила, которые произвольны и предназначены для защиты «имущих» от «неимущих». Эти взгляды отличаются от представлений людей с нарциссической личностью, считающих себя настолько особенными, уникальными людьми, что они стоят выше правил — привилегия, которую, по их мнению, все должны признавать и уважать.

Их *условное* убеждение: «Если я не буду помыкать людьми (манипулировать ими, эксплуатировать их, даже нападать на них), я никогда не получу то, что заслуживаю». *Инструментальные* , или императивные, убеждения: «Хватай другого, пока он не схватил тебя», «Теперь твоя очередь», «Возьми это, ты этого заслуживаешь».

Стратегия. Основные стратегии делятся на два класса. Откровенно антисоциальная личность открыто нападает, грабит и обманывает людей. Более тонкий тип — «ловкий мошенник» — стремится привлечь других людей и с помощью проницательной, тонкой манипуляции эксплуатировать или обманывать их.

Эмоции. Единственное открытое проявление эмоций — гнев по поводу того, что окружающие люди имеют что-то такое, чего у них (антисоциальных личностей) нет, но чего они, конечно, гораздо больше заслуживают.

Нарциссическое расстройство личности

Ключевое слово для нарциссических личностей — «возвеличивание себя».

Представление о себе. Нарциссические личности воспринимают себя как особенных и уникальных — почти как принцев или принцесс. Они полагают, что занимают особое положение, которое ставит их выше массы обычных людей. Они рассматривают себя как лучших и имеющих право на особое расположение и благосклонное обхождение; они стоят выше общепринятых правил.

Представление о других людях. Они считают всех остальных хуже себя, но иначе, чем антисоциальные личности. Они просто воспринимают себя как пользующихся престижем и стоящих выше среднего человека; они расценивают окружающих как своих подчиненных или избирателей. Они ищут восхищения окружающих, прежде всего для подтверждения собственного величия и сохранения своего высокого положения.

Убеждения. Основные нарциссические убеждения следующие: «Так как я особенный, я заслуживаю особых льгот, привилегий и прав», «Я выше других, и они должны признавать это», «Я выше правил».

Условные убеждения: «Если люди не признают моего особого положения, они должны быть наказаны», «Если я должен поддерживать свое особое положение, мне следует ожидать подобострастия со стороны всех окружающих». *Инструментальное* убеждение: «Всегда стремись настаивать на своем превосходстве или демонстрировать его».

Стратегия. Их главные стратегии состоят в том, чтобы делать все возможное для укрепления своего более высокого положения и расширения своего влияния. Так, они могут добиваться славы, богатства, положения, власти и престижа для постоянного укрепления своего «превосходства». Они склонны соперничать с теми, кто претендует на такое же высокое положение. Они также прибегают к манипулятивным стратегиям, чтобы достичь своих целей.

Так как они стоят выше правил, которые управляют обычными людьми, для них «можно все». В отличие от антисоциальной личности у них отсутствует циничное отношение к правилам поведения; они просто считают себя свободными от них. Они рассматривают себя как часть общества, но относят

себя к самому высшему слою.

Эмоции. Их основная эмоция — гнев, возникающий, когда другие люди не проявляют восхищения ими или уважения к ним, на что, по их мнению, они имеют право, или же когда люди как-либо перечат им. Если их стратегиям препятствуют, они склонны впадать в депрессию. Например, к психотерапевтам обращались несколько «торговцев конфиденциальной информацией» с Уолл-стрит, которые впали в депрессию после того, как их манипуляции были обнаружены и они были дискредитированы. Они полагали, что, лишившись своего высокого положения, потеряли все.

Гистрионное расстройство личности

Ключевое слово для гистрионных личностей — «демонстративность», оно выражает тенденцию эмоционально воспринимать или романтизировать все ситуации и пытаться впечатлять и очаровывать других.

Представление о себе. Они рассматривают себя как обаятельных, впечатляющих и заслуживающих внимания людей.

Представление о других. Они благосклонно относятся к окружающим до тех пор, пока могут привлекать к себе их внимание, вызывать изумление и любовь. Они пытаются создавать прочные союзы, но только с условием, что будут находиться в центре группы, а другие играть роль внимательной аудитории. В отличие от нарциссических личностей они вовлечены в «сиюминутные» взаимодействия с другими людьми, и их самооценка зависит от непрерывного выражения их высокой оценки со стороны других.

Убеждения. Человек с гистрионным расстройством личности часто имеет такие *глубинные* убеждения, как: «Я, в общем, непривлекателен» или «Чтобы быть счастливым, мне нужно, чтобы другие восхищались мной». Среди компенсаторных убеждений отмечаются следующие: «Я очень привлекателен, остроумен и интересен», «Я создан для того, чтобы мной восхищались», «Люди должны восхищаться мной и выполнять мои распоряжения», «Они не имеют права отрицать мои несомненные достоинства».

Условные убеждения включают следующие: «Если я не очаровываю людей, я ничто», «Если я не смогу заинтересовать людей, они откажутся от меня», «Если люди не отвечают мне, они отвратительны», «Если я не могу очаровывать людей, я беспомощен».

Гистрионные личности склонны к обобщению и импрессионизму в своих размышлениях, — фактор, отражающий их *инструментальное* убеждение: «Я могу полагаться на чувства». Если обсессивно-компульсивные личности руководствуются рационально или интеллектуально выведенными системами, то гистрионными личностями управляют прежде всего чувства. Когда гистрионные личности рассержены, они могут использовать это как достаточное основание для наказания другого человека. Если они чувствуют к кому-то привязанность, они считают это основанием для проявления своих чувств (даже при том, что через несколько минут они могут переключиться на другой тип экспрессии). Если они чувствуют грусть, это является для них достаточным основанием, чтобы плакать. Они склонны драматично выражать свои ощущения фрустрации или отчаяния, как в случае «гистрионной суицидной попытки». Эти общие паттерны отражены в императивах типа «Выражай свои чувства», «Будь интересным», «Показывай людям, что они причинили тебе боль».

Стратегии. Чтобы привязать к себе людей, они используют истерики и демонстративное поведение, а если не добиваются своего, полагают, что с ними обращаются несправедливо, и пытаются вынудить людей уступить им или даже устраивают сцены. У них низкая устойчивость к фрустрации, и они могут прибегнуть к плачу, агрессивному поведению и суицидным попыткам, чтобы добиться своего или «наказать» обидчика. Их суицидные попытки могут быть серьезными и потенциально опасными для жизни, даже притом что они импульсивны.

Эмоции. Наиболее заметная эмоция — веселость, часто смешиваемая с радостью и повышенным настроением, когда они с успехом завладевают вниманием других людей. Как правило, они испытывают затаенное чувство тревоги, которое, однако, отражает их страх быть отвергнутыми. Когда им препятствуют, их эмоции быстро меняются на гнев или печаль.

Шизоидное расстройство личности

Ключевое слово при шизоидном расстройстве личности — «одиночество». Эти люди — воплощение автономной личности. Они жертвуют близостью, чтобы сохранить свою уединенность и независимость.

Представление о себе. Они считают себя самодостаточными одиночками. Они высоко ценят подвижность, независимость и самостоятельность. Они предпочитают самостоятельно принимать

решения и действовать в одиночку, но не быть вовлеченными в группу.

Представление о других. Они воспринимают других людей как навязчивых. Они полагают, что близость дает возможность людям ограничивать их.

Убеждения. Их *глубинные* убеждения состоят из представлений типа «Я по существу один», «Близкие отношения с людьми бесполезны и неприятны», «У меня все получается лучше, если я никем не обременен», «Близкие отношения нежелательны, так как они ограничивают свободу действий».

Условные убеждения таковы: «Если я слишком сильно сближаюсь с людьми, они пользуются мной», «Я не смогу быть счастлив, если потеряю подвижность». *Инструментальные* убеждения: «Не сближайся с людьми», «Сохраняй дистанцию», «Не участвуй ни в чем».

Стратегия. Их главная межличностная стратегия состоит в том, чтобы держаться от людей на расстоянии, насколько это возможно. Они могут иметь дело с кем-нибудь для достижения определенных целей, таких как профессиональная деятельность или секс, но в других случаях предпочитают поддерживать дистанцию. Любые попытки сблизиться с ними они воспринимают как вторжение и угрозу.

Эмоции. Пока шизоидные личности сохраняют дистанцию, их печаль выражена незначительно. Если они вынуждены вступить в тесный контакт, они могут стать очень беспокойными. В отличие от гистрионных личностей, они не склонны выражать чувства мимикой или словами, поэтому создается впечатление, что у них нет сильных чувств.

Стили мышления

Расстройствам личности также характерны соответствующие когнитивные стили, которые могут являться отражением поведенческих стратегий пациентов. Эти когнитивные стили связаны со *способом* , которым люди обрабатывают информацию, в противоположность определенному *содержанию* . Некоторые из типов личности имеют такие отличительные когнитивные стили, и их стоит описать.

Гистрионные личности используют стратегию «демонстрации», чтобы привлечь людей и удовлетворить собственные желания поддержки и близости. Когда им не удается произвести впечатление или привлечь внимание людей, у них начинается «истерика» (плач, гнев и т. д.), с помощью которой они пытаются наказать обидчиков и вынудить их подчиниться. Обработка информации отличается теми же самыми обобщенностью и импрессионизмом. Эти люди «не видят деревьев за лесом». Они делают стереотипные, широкие, глобальные интерпретации ситуации, теряя при этом важные детали. Вероятно, они реагируют на свой гештальт ситуации, основанный на неадекватной информации.

Люди с гистрионным расстройством также склонны интерпретировать ситуацию по одному шаблону, даже если он не подходит к ней. Например, если окружающие остаются безразличными к их попыткам привлечь внимание, они оценивают ситуацию в целом («Они отвергают меня»), а не отмечают специфические особенности, которые могли бы объяснять поведение других людей. Так, они игнорируют тот факт, что люди могут быть усталыми, скучать или быть чем-то озабоченными. Их импрессионизм выражается в том, как они наводят глянец на каждое переживание: события романтизируются до высокой драмы или великой трагедии. Наконец, так как они более настроены на субъективную, чем объективную оценку событий, они склонны использовать свои чувства как окончательный руководящий принцип в своих интерпретациях. Например, если им почему либо трудно общаться с другим человеком, этот человек плох. Если же они испытывают эйфорию, то другой человек замечателен.

Обсессивно-компульсивные личности, в отличие от гистрионных, «не видят леса за деревьями». Эти люди настолько сосредоточены на деталях, что упускают целостный паттерн; например, человек с этим расстройством может решить на основании нескольких недостатков в действиях другого человека, что этот человек не справился с работой, даже при том, что эти недостатки, возможно, были лишь вариациями в целом успешного выполнения работы. Кроме того, в отличие от гистрионных личностей, люди с обсессивно-компульсивным расстройством склонны минимизировать субъективные переживания. Так, они лишают себя части радостей жизни и доступа к чувствам как источнику информации, которая подчеркивает значение важных событий.

Стиль мышления у избегающих личностей также по-своему специфичен. В то время как они склонны избегать ситуаций, от которых будут плохо себя чувствовать, они также используют механизм «внутреннего избегания». Как только они начинают испытывать неприятное чувство, они пробуют заглушить его, перенося внимание на что-нибудь другое или применяя такие быстродействующие способы, как употребление спиртного. Они также избегают мыслей, которые могли бы вызывать неприятные чувства.

Когнитивные стили при других расстройствах личности не так отчетливы, как при только что описанных расстройствах.

Краткое изложение характеристик

В табл. 3.2 перечислены характеристики девяти расстройств личности. В первых двух колонках перечислены представления о себе и других; в следующей колонке представлены определенные убеждения; в последней колонке перечислены конкретные стратегии. По этой таблице видно, как представление о себе и других и убеждения приводят к определенной стратегии. Хотя стратегия, или поведение, обеспечивает основу для постановки диагноза расстройства личности, для полного понимания характера расстройства важно выяснить мнение о себе, других и убеждения. Эти когнитивные компоненты вовлечены в обработку информации и, когда активизированы, запускают релевантную стратегию.

Таблица 3.2. Профиль характеристик расстройств личности

Например, Джилл, имеющая диагноз избегающего расстройства личности, *считала себя* социально ущербной и поэтому была уязвима к недооценке и отвержению. Ее *представление о других* как критически настроенных и унижающих служило дополнением к чувству уязвимости. Ее *убеждение* , состоящее в том, что отвержение было бы ужасным, значительно повышало валентность ее чувствительности и значимость любого ожидаемого или фактического отвержения. Положительная обратная связь не влияла на это убеждение. Ожидание отвержения заставляло ее относиться к людям с хронической тревогой, а проявление любых признаков непринятия приводило к плохому самочувствию.

У нее имелись также два других устойчивых убеждения, которые приводили к тому, что она воздерживалась от каких-либо активных действий. Это были следующие убеждения: если она сблизится с людьми, то люди увидят, что она плохая и неадекватная; она не сможет вынести неприятные чувства, поэтому их нужно избегать. Давление этих убеждений подталкивало ее к такой стратегии, как избегание любых ситуаций, в которых ее могли бы оценивать. Кроме того, из-за своей низкой терпимости к неприятным чувствам или мыслям она хронически пресекала любые мысли, которые могли бы вызывать неприятные чувства. В процессе психотерапии она испытывала трудности в принятии решений, осознании негативных автоматических мыслей или исследовании своих основных убеждений, так как это привело бы к таким чувствами. Основные процессы изображены на рис. 3.1.

Рис. 3.1. Отношение представлений и убеждений к основным стратегиям

Подобная диаграмма процессов также может быть построена для каждого из других расстройств личности. Диаграмма должна включать в себя характерные убеждения и паттерны поведения. Человек с зависимым расстройством личности, например, отличается от человека с избегающим расстройством личности тем, что первый склонен боготворить потенциально заботящихся о нем людей и полагает, что они будут помогать ему и поддерживать его. Таким образом, он тянется к людям. Пассивно-агрессивные личности ищут одобрения, но не могут допустить никакого контроля, поэтому они склонны не оправдывать ожиданий окружающих и этим вредят себе. Обсессивно-компульсивные личности идеализируют людей и системы и стремятся контролировать их (и себя). Параноидные личности гипервигильны в отношении других из-за недоверия и подозрительности и склонны обвинять их (открыто или мысленно) в дискриминации. Антисоциальные личности утверждают, что имеют право управлять людьми или использовать их на основе убеждения, что с ними поступали несправедливо, или что другие нечестны, или что мы живем в обществе, где «человек человеку волк». Нарциссические личности считают, что они выше обычных смертных, и ищут славы любыми безопасными способами. Гистрионные личности пытаются привлечь людей к себе, стремясь их заинтересовать. Когда обаяние не действует, они привлекают людей вспышками раздражения или истериками. Шизоидные личности убеждены, что отношения с людьми бесполезны, и стараются держаться от людей на расстоянии.

Понимание типичных убеждений и стратегий каждого расстройства личности значительно помогает психотерапевтам в их работе, но они должны иметь в виду, что большинство людей с определенным расстройством личности проявят установки и формы поведения, которые накладываются на другие расстройства. Следовательно, для психотерапевтов важно обнаружить эти вариации, чтобы дать полную оценку.

Глава 4.
Общие принципы когнитивной психотерапии

Многие пациенты, например вышедшие из депрессии, больше не обвиняют себя в любой неудаче, прекращают делать негативные предсказания относительно будущего и менее склонны думать, что они плохие или неадекватные. Некоторые пациенты, однако, продолжают проявлять эти качества и утверждают, что они «всегда» так думали. Тем не менее они больше не находятся в состоянии клинической депрессии.

Пациенты возвращаются к их преморбидному когнитивному стилю после того, как расстройство Оси I проходит. Способ действий при расстройствах Оси II отличается от такового при расстройствах Оси I по ряду параметров. Частота и интенсивность дисфункциональных автоматических мыслей, наблюдаемых в течение острого расстройства, снижается, когда пациенты возвращаются на свой обычный уровень когнитивной деятельности. Хотя пациенты могут с готовностью выявлять и проверять свои дисфункциональные автоматические мысли во время «нормального невротического периода», в определенных ситуациях отмечаются преувеличенные или искаженные интерпретации и связанный с ними разрушительный аффект. Одна высокоинтеллектуальная и компетентная женщина, например, имела автоматическую мысль «я не могу это делать» всякий раз, когда ей предлагали должность, требующую более высокого уровня интеллектуальной деятельности.

Наиболее вероятное объяснение различия между заболеваниями Оси I и расстройствами личности состоит в том, что ярко выраженные неправильные убеждения и интерпретации, характерные для симптоматических расстройств, относительно пластичны и действительно становятся более умеренными, когда депрессия спадает, даже без какого-либо психотерапевтического вмешательства. Но более устойчивые дисфункциональные убеждения при расстройствах личности «структурированы», то есть включены в «нормальную» когнитивную организацию. Следовательно, чтобы произвести некоторое структурное изменение, необходимое для лечения расстройства личности, требуется значительно большее количество времени и усилий, чем для изменения дисфункционального мышления, скажем, при аффективном расстройстве.

Психотерапевт обычно использует «стандартные» когнитивные методы психотерапии при обострении таких заболеваний Оси I (American Psychiatric Association, 1987), как депрессия (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979) или генерализованное тревожное расстройство (Beck & Emery with Greenberg, 1985). Этот подход эффективен при работе с дисфункциональными автоматическими мыслями и помогает осуществлять когнитивный сдвиг от депрессивного (или тревожного) способа обработки информации к «нормальному». Проверка автоматических мыслей и убеждений при обострении депрессии или тревоги помогает при работе с когнитивными процессами во время относительно спокойного периода. Пациенты, наблюдавшиеся в течение этого периода, раньше определялись в психиатрической литературе и разговорной терминологии как «невротические». При описании характеристик «невротической личности», как правило, использовались такие ярлыки, как «незрелость» или «ребячество»; отмечались эмоциональная лабильность, преувеличенные реакции на отвержение или неудачу, нереалистично заниженное или завышенное представление о себе и, прежде всего, выраженный эгоцентризм.

Дисфункциональные убеждения действуют, потому что они формируют основу для ориентации пациентов в действительности. Так как люди полагаются на свои убеждения при интерпретации событий и выборе форм реагирования на эти события, они не могут отказаться от этих убеждений, пока не усвоят новые адаптивные убеждения и стратегии. Когда пациенты возвращаются к преморбидному уровню функционирования, они полагаются на стратегии, которые они обычно используют. В целом основные убеждения на этой стадии менее дисфункциональны, чем при депрессии или генерализованном тревожном расстройстве, но они хуже поддаются дальнейшей модификации, чем в остром периоде.

И пациент, и психотерапевт должны признать, что эти глубинные резидуальные убеждения (схемы) являются прочно укоренившимися и нелегко поддаются лечению с помощью методов, используемых при стандартном лечении депрессии или тревоги. Даже когда пациенты уверены, что их основные убеждения дисфункциональны или иррациональны, они не могут избавиться от них, просто подвергая их сомнению или «желая», чтобы они исчезли.

Для изменения структуры характера этих пациентов необходим долгий, иногда утомительный процесс. «Характерологическая фаза» лечения имеет тенденцию затягиваться, и ей не свойственны впечатляющие улучшения.

Формулировка случая

Конкретное понимание каждого случая играет важную роль в обеспечении основы для понимания дезадаптивного поведения пациента и изменения дисфункциональных установок. Следовательно, психотерапевт должен рано формулировать случай, предпочтительно в процессе оценки. Конечно, при

получении новых Данных психотерапевт соответствующим образом меняет эту формулировку. Некоторые гипотезы подтверждаются, другие изменяются или отпадают, ряд гипотез формулируются заново. Совместное с пациентом осмысление случая может облегчить процесс сбора данных; оно помогает пациенту понять, на каких переживаниях ему следует сосредоточиться и какие интерпретации и основные убеждения выделить. Пациент и психотерапевт затем могут проверить, соответствует ли свежий материал предварительной формулировке. По мере сбора новых данных психотерапевт повторно формулирует случай на их основе.

Предъявление пациентам диаграмм может показать им, как последующие переживания могут вписаться в общую формулировку. Пациентам часто полезно брать эти диаграммы домой. Некоторые психотерапевты используют классные доски или плакаты, чтобы продемонстрировать пациентам, как их неверное истолкование действительности связано с их убеждениями. Например, зависимая личность, которая, столкнувшись с новыми трудностями, сообщает психотерапевту: «Мне нужна помощь», должна видеть связь между этим представлением и глубинным убеждением «Я не могу ничего делать без посторонней помощи» или «Я беспомощен». Так как эти убеждения настолько укоренились, они ведут к изменению или устранению менее твердых убеждений. Повторное, систематическое опровержение дисфункциональных убеждений через планирование и проведение «поведенческих экспериментов» может в конечном счете разрушить их и создать основу для более адаптивных установок типа «Я могу выполнять широкий диапазон задач без посторонней помощи».

В табл. 4.1 представлена структурная формулировка проблем пары, оба члена которой имели похожие наборы убеждений, но резко отличались друг от друга. Проблемы этой пары были подробно описаны в другой книге (Beck, 1988). Вкратце Гэри, страдающий нарциссическим расстройством личности, периодически проявлял насилие по отношению к Беверли, которую он обвинял в том, что она все время изводит его замечаниями, будто он не занимается домашними делами. Он полагал, что единственный способ управлять Беверли, страдающей зависимым расстройством личности, — это наброситься на нее и заставить «заткнуться». Беверли, со своей стороны, полагала, что она должна управлять его постоянным уклонением от выполнения роли мужа и отца, «напоминая» ему об этом укорами. Она полагала, что только таким способом может выполнять свои обязанности домохозяйки и матери. За этим стояло ее устойчивое убеждение, что она вообще ничего не сможет делать, если ей не на кого будет опереться.

Таблица 4.1. Когнитивная обработка на основе глубинных схем: пример

Гэри был воспитан в обстановке, где «сильный всегда прав». Его отец и старший брат запугивали его, в результате чего он считал себя «слизняком». В качестве компенсации такого образа себя он усвоил их межличностную стратегию: в сущности, лучший способ управлять склонностью других людей доминировать или унижать кого-то — это запугать их, в том числе угрожая применить силу. Первоначальная формулировка, которая была поддержана последующими групповыми и индивидуальными интервью, была следующей. Глубинная схема Гэри была такой: «Я — слизняк». Такое представление о себе могло проявиться всякий раз, когда он полагал, что его унижают. Чтобы защитить себя, он укреплял убеждение «Я должен управлять другими людьми», которое было свойственно поведению его отца. Позже мы вернемся к методам работы с этими убеждениями. В целом психотерапевт оказался способным вести себя соответственно этим убеждениям.

Беверли сходным образом полагала: «Я должна контролировать Гэри». Ее императив происходил из страха быть неспособной к выполнению своих обязанностей без посторонней помощи. Ее глубинная схема была следующей: «Я — беспомощный ребенок». Обратите внимание, что поведение Гэри («не помогающее») было переработано ее глубинной схемой («Без чьей-либо помощи я беспомощна»), которая приводила к тому, что она чувствовала себя слабой. Беверли реагировала на это подрывающее силы чувство, обвиняя Гэри и приходя в бешенство.

Используя воображение и повторное переживание чувства беспомощности, испытанного в прошлом, психотерапевт смог активизировать глубинную схему и помочь Беверли признать, что ее желание получить помощь от Гэри происходило из ее образа себя как беспомощного ребенка. Следовательно, ее неадаптивное «ворчание» было попыткой избавиться от своего глубокого чувства беспомощности. Взаимодействие Гэри и Беверли демонстрирует, как структуры личности партнеров могут усугублять проблемы друг друга, и иллюстрирует важность рассмотрения проблем личности, проявляющихся в таком специфическом контексте, как брак.

Выявление схем

Психотерапевт должен использовать собранные данные, чтобы выявить Я-концепцию пациентов,

а также правила и формулы, по которым они живут. Часто психотерапевт должен определить Я-концепцию пациентов по ее проявлениям в описаниях разнообразных ситуаций.

Пациент заявляет, например, следующее: «Я свалял дурака, когда неправильно заплатил кондуктору», «Не понимаю, как я закончил колледж или даже юридическую школу. Кажется, я всегда все порчу» и «Не думаю, что смогу описать вам ситуации должным образом». Психотерапевт может уловить в разговоре свидетельства того, что на базовом уровне пациент воспринимает себя как неадекватного или ущербного. Психотерапевт также быстро устанавливает, обоснованно ли сделанное пациентом описание себя. Конечно, когда пациент находится в депрессии, это широкое обобщение (глубинное убеждение) представлено в полной мере, так что пациент заканчивает описание проблемной ситуации замечанием типа «Это показывает, насколько я никчемный, неадекватный и неприятный».

Психотерапевт может выявлять *условные* предположения через утверждения, определяющие условия, при которых проявляется негативная Я-концепция. Например, если для человека характерны мысли типа «Боб или Линда больше не любит меня» при обстоятельствах, в которых другой человек реагирует отнюдь не дружелюбно, психотерапевт может получить основную формулу типа «Если другие люди не демонстрируют сильную привязанность или интерес, это означает, что я им не нравлюсь». Конечно, для некоторых людей при определенных обстоятельствах эта формула может оказаться справедливой и нужно обратить особое внимание на недостаток у них социальных навыков или резкий стиль общения. В то же время люди с личностными проблемами склонны применять эту формулу во всех без исключения релевантных ситуациях, даже когда имеются альтернативные объяснения или неоспоримые факты, которые противоречат этому убеждению.

Точно так же психотерапевт пытается выявить представления пациента о других людях. Некоторые утверждения параноидной личности, например, могут указывать на то, что в соответствии с основной схемой другие люди являются заблуждающимися, склонными к манипуляции, пристрастными и т. п. Эта схема проявляется в следующих утверждениях: «Доктор улыбался мне. Я знаю, что это фальшивая профессиональная улыбка, которую он использует с каждым, потому что стремится иметь много пациентов», или «Продавец очень медленно считал деньги, потому что не доверяет мне», или «Моя жена сегодня вечером была слишком добра ко мне. Интересно, чего она от меня хочет». Такие пациенты часто делают подобные выводы без всяких оснований или даже когда имеются противоречащие им факты.

Когда такие люди находятся в остром параноидном состоянии, у них появляются мысли типа «Он пытается обмануть меня» или «Они все хотят схватить меня». Их основные схемы таковы: «Людям нельзя доверять» и «У каждого есть скрытые мотивы». Следующий из этого паттерн произвольных заключений отражает когнитивные искажения и считается «управляемым схемой».

Спецификация основных целей

Люди обычно имеют цели, которые очень важны для них, но не могут быть полностью осознаны. Психотерапевт должен связать высказываемые стремления и амбиции пациента с лежащей в их основе целью. Пациент, например, может сказать: «На вечеринке я плохо себя чувствовал, потому что очень немногие подошли поздороваться со мной» или «Я прекрасно провел время, так как вокруг меня собралось много людей, которые хотели знать, как прошла моя поездка». Из широкого диапазона описаний множества разнообразных ситуаций психотерапевт может сделать вывод, что основная цель — это что-то наподобие: «Для меня очень важно, чтобы все любили меня». Цели проистекают из основной схемы; в этом случае это можно было бы сформулировать так: «Если меня не любят, я ничего не стою».

Другой пациент, например, заявил, что он плохо себя чувствовал, потому что не получил на экзамене хорошую оценку. Он также был немного расстроен, когда не смог вспомнить имя одного ученого в беседе с другом. Кроме того, он был настолько взволнован, что не спал всю ночь после того, как ему сказали, что он получит полную стипендию в аспирантуре. Его цель, которую он не высказывал, пока его не спросили о переживаниях, была «стать знаменитым». С этой целью было связано предположение: «Если я не стану знаменитым, вся моя жизнь будет потрачена впустую».

Другие виды целей могут быть определены почти тем же способом. Рассмотрим человека, который отклоняет все предложения помощи, настаивает на полной свободе передвижения и отказывается вступать в любые «отношения». Как только психотерапевт обнаруживает общую тему «Мне надо много свободного места», он может проверить это стремление, наблюдая реакцию пациента во время психотерапии и в других ситуациях. Если пациент, например, склонен держаться на расстоянии в ходе встречи, быстро заканчивает интервью и выражает желание самостоятельно работать со своими проблемами, это является показателем того, что его основная цель — независимость. Условное предположение может быть следующим: «Если я стану слишком зависеть от кого-то или буду

с кем-то слишком близок, я больше не смогу быть свободным». С такими представлениями связано убеждение: «Если у меня нет полной свободы действий, я беспомощен».

После того как психотерапевт собрал все данные и определил глубинные предположения, условные убеждения и цели, он может формулировать случай согласно когнитивной модели (сравните с описанной выше формулировкой случая Гэри и Беверли).

Акцент на взаимоотношениях между психотерапевтом и пациентом

Сотрудничество

Один из кардинальных принципов когнитивной психотерапии — создание у пациента ощущения сотрудничества и доверия. Построение отношений, вероятно, более важно при хроническом расстройстве личности, чем в острой симптоматической фазе болезни. В период обострения (депрессии и/или тревоги) пациент обычно склонен принимать предложения психотерапевта и бывает вознагражден довольно быстрым облегчением страданий. При хроническом расстройстве личности изменения происходят намного медленнее и вознаграждение менее ощутимо. Следовательно, психотерапевт и пациент должны проделать большую работу в длительном процессе изменения личности.

Пациентам часто требуется мотивация для выполнения домашних заданий. Их мотивация часто снижается после того, как острый эпизод миновал, так как неприятные чувства (тревога, печаль, гнев), которые стимулировали действия, уменьшаются. Кроме того, расстройство личности само по себе часто препятствует выполнению рекомендаций. Избегающая личность может думать: «Записывать свои мысли слишком болезненно»; нарциссическая личность полагает: «Я слишком хорош для этого»; при параноидном расстройстве личности могут отмечаться мысли типа: «Мои записи могут быть использованы против меня» или «Психотерапевт пытается манипулировать мной». Психотерапевт должен расценивать эти формы «сопротивления» как «информацию к размышлению» и подвергнуть их тому же анализу, которому подвергается другой материал или данные.

Направляемое открытие

Важная составляющая мастерства когнитивного психотерапевта — уметь вызвать у пациента интерес к поиску убеждений и их причины и к установлению роли травмирующих событий. Необходимо подключить воображение пациента. Иначе психотерапия может свестись к повторяющемуся процессу, который со временем становится все более и более утомительным. Варьирование способов постановки гипотез, использование различных фраз и слов, а также метафор и примеров для иллюстрации своей точки зрения, помогают психотерапевту и пациенту почерпнуть больше полезного из их взаимоотношений. Некоторая легкость и разумное использование юмора также могут оживить эти переживания.

В случае хронического расстройства психотерапевт тратит больше времени на выяснение *значения* переживаний пациентов, чтобы определить их специфическую чувствительность и уязвимость и установить, почему они чрезмерно реагируют на определенные ситуации. Как указано в главе 3, эти значения в большой степени определяются основными убеждениями («Если кто-то меня критикует, это означает, что этот человек не любит меня»). Чтобы определить значение, психотерапевту, вероятно, придется последовательно предпринять несколько шагов.

Использование реакций переноса

Психотерапевт может допускать, чтобы на него возникали негативные реакции, но не должен вызывать их преднамеренно. Следует отмечать признаки гнева, разочарования и фрустрации, которые пациент переживает в ходе психотерапевтических отношений.

Эти реакции на психотерапевта открывают двери во внутренний мир пациента. Более того, если не исследовать искаженные интерпретации, они сохранятся и могут препятствовать сотрудничеству. Вынесенные вовне, они часто дают богатый материал для понимания значений и убеждений, стоящих за идиосинкразическими или повторяющимися реакциями пациента.

Психотерапевт должен искать характерные признаки «переноса». Это те же самые признаки, которые предполагают присутствие любых автоматических мыслей в течение сессии. Например, может отмечаться внезапное изменение в невербальном поведении пациента — паузы в череде утверждений, внезапное изменение в выражении лица, сжимание кулаков, неловкая поза. Или пациент может резко переходить к новой теме, запинаться, блокировать беседу и т. д. Один из более важных признаков —

изменение во взгляде пациента, особенно если он о чем-то думает, но предпочитает не говорить об этом. Когда пациенту задают вопрос, он может сказать: «Это не важно. Ничего особенного». Тем не менее психотерапевту следует оказать на пациента давление, так как то, о чем он умалчивает, может быть важным. Некоторые пациенты могут в ходе интервью иметь автоматические мысли, и целесообразно сообщать лишь о некоторых из них. Но они могут следить за своими автоматическими мыслями и записывать их на бумаге.

Работая с расстройствами личности, психотерапевт должен быть особенно осторожным и не выносить оценочных суждений. Фактически сами термины, которые мы используем для описания этих расстройств (нарциссический, обсессивно-компульсивный, зависимый и т. д.), имеют уничижительный оттенок. Когда психотерапевт поставил диагноз, лучше избегать ярлыков и определять расстройство в терминах убеждений, чувствительности, значений и т. д. Не приходится и говорить, что для психотерапевта полезно проявлять сочувствие к пациенту. Пытаясь ставить себя на место пациента, — возможно, вообразив у себя наличие того же чувства беспомощности, чувствительности и уязвимости, — психотерапевт может лучше понять пациента. В то же время психотерапевт должен следить за тем, чтобы не стать глубоко вовлеченным в проблемы пациента и не утратить объективность.

Построение психотерапевтических отношений

Большинство пациентов с расстройствами личности сильнее нуждаются в близких, теплых отношениях с психотерапевтом, чем пациенты с острыми расстройствами типа тревоги или депрессии (Ось I). При остром расстройстве психотерапевт обычно исполняет роль авторитета, который знает, какие процедуры необходимы, чтобы помочь пациенту снять болезненные симптомы. В свою очередь пациент часто испытывает теплое отношение и благодарность к опытному помощнику, сначала в ожидании того, что его освободят от острого недомогания, а затем ощущая быстрое улучшение своего состояния.

При более хронической форме расстройства роль психотерапевта несколько меняется. Большая часть времени при психотерапии посвящена ознакомлению с жизнью пациента — дети, супруг (супруга), работа. Такое вовлечение психотерапевта в работу, если оно находится в разумных границах, ставит его в положение друга и советчика. Таким образом, значительная часть роли психотерапевта состоит в привлечении его собственного жизненного опыта и мудрости, чтобы предложить возможные решения проблем, а также в обучении пациента близким отношениям. Этот процесс переобучения особенно важен при лечении пациентов с пограничным расстройством личности, при котором недостатки человека, возможно, помешали приобрести и усвоить многие из основных навыков самоконтроля и устойчивых отношений с другими.

Со временем психотерапевт становится для пациента ролевой моделью — тем, кому пациент может подражать, демонстрируя свою предупредительность, такт, чувствительность и понимание в общении с родными и близкими. Многие пациенты отмечали, что они усвоили качества психотерапевтов (например, способность оставаться спокойным и расслабленным при стрессе, не горячиться при разочаровании, думать перед тем, как что-то сказать или сделать). В редких случаях пациенты могут зайти слишком далеко и полностью усвоить личность своих психотерапевтов, но с этими переживаниями можно работать когнитивными методами. Например, психотерапевт может исследовать, почему пациент хочет отказаться от собственной идентичности.

Проблемы при сотрудничестве

Трудности в психотерапевтическом сотрудничестве возникают не только при работе с пациентами с нарушениями личности. «Сопротивление», «неуступчивость», «недостаток согласия» или «негативный перенос» являются понятиями, которыми обычно описывают проблемы в психотерапевтических отношениях, отсутствие прогресса в психотерапии или медленный прогресс, преждевременное завершение психотерапии. Пациент с заболеванием Оси II ввиду хронического характера и самой природы расстройства может проявлять большее несогласие или оказаться более склонным к отказу от сотрудничества, чем пациент с заболеванием Оси I.

Несоблюдение пациентом режима психотерапии названо психоаналитическими авторами «сопротивлением». Это подразумевает, что сознательно или не осознавая того, пациент решает сохранить свой статускво. Джонс (Jones, 1948/1967) рассматривал феномен сопротивления как «инстинктивный» и ожидаемый в психотерапии. Учитывая историю использования этого термина и значение этого явления, мы решили использовать термин «отказ от сотрудничества» взамен более знакомой терминологии. Этой важной проблеме посвящены несколько недавно опубликованных поведенчески ориентированных работ (Ellis, 1985; Harris & Watkins, 1987; Shelton & Levy,

1981; Wachtel, 1982).

Как указывалось ранее, схемы, связанные с изменением, представлением о себе и представлением о других, могут быть и чрезвычайно выраженными, и преувеличенными. Этот преувеличенный взгляд затем может проявляться различными способами. Отказ от сотрудничества может проявляться прямо (например, опоздание или неявка на прием) или более тонко через нежелание сообщать некоторую информацию на сессиях. Чаще всего пациенты умалчивают о следующих вещах: недоверие к психотерапевту, нечто постыдное, обиды на других (людей или учреждения), осуждение себя или других, страх быть отвергнутым. Помимо нежелания пациента меняться или скрытой борьбы между интрапсихическими структурами пациента для несогласия есть много других причин. Они могут появляться в любой комбинации или сочетании, и относительная сила любого проявления несогласия может меняться вместе с обстоятельствами жизни пациента, прогрессом в психотерапии, изменениями в психотерапевтических отношениях, мастерством психотерапевта в преодолении несогласия и т. д.

Мы можем идентифицировать следующие причины для психотерапевтического несогласия. Способность видеть различные причины помогает смягчить психотерапевтическое несогласие.

1. *Пациенту не хватает навыков сотрудничества.* Не каждый пациент обладает навыками эффективной реализации отдельных форм поведения. Для многих пациентов трудность в соблюдении режима психотерапии может сопровождаться проблемами в выполнении определенных действий. Обе эти проблемы проистекают из неадекватно развитых навыков. В то время как в некоторых областях их навыки адекватны, они могут оказаться неадекватны для более сложных задач. Преподаватели часто называют некоторых детей «сообразительными», указывая на их природную хитрость и способности, но тем же самым детям может крайне недоставать академических навыков. Для многих пациентов с заболеваниями Оси II верно обратное: они могут овладеть интеллектуальными или академическими навыками, но им не хватает практических, или жизненных, навыков. Учитывая, что эти навыки у пациента могут быть не развиты или развиты недостаточно для адекватных действий, психотерапевт, возможно, должен обучать пациента отдельным навыкам, чтобы помочь ему двигаться дальше в психотерапии и, таким образом, в жизни.

Клинический пример. Ален, 39-летний адвокат; диагноз: избегающее расстройство личности. Он начал психотерапию во время развода из-за мыслей о том, что никогда не сможет найти другую женщину, всегда будет страдать и поэтому ему незачем жить дальше. Он считал преодоление этих страданий и возобновление социальной жизни недостижимой целью. Он все время повторял: «Это не я». Домашнее задание в течение нескольких сессий состояло в том, что он должен был звонить женщине, чей номер дал ему его коллега. В ходе восьмой сессии психотерапевт спросил Алена о том, почему ему было так трудно позвонить. Ален ответил, что он не имел практически никакого опыта в назначении свиданий по телефону. Психотерапевт попросил Алена принять участие в ролевой игре, где нужно было позвонить женщине, и обнаружил, что Ален понятия не имел, что ей сказать. После попытки применить несколько различных подходов Ален позвонил в офис, и ему удалось пригласить эту женщину встретиться с ним после работы.

Ограниченный опыт и склонность к избеганию делали для Алена трудным выполнение этого домашнего задания. Если бы психотерапевт не обнаружил этого, Ален мог бы никогда не выполнить задание и затем использовать эту неудачу как еще одно доказательство безнадежности поиска партнера.

2. *Психотерапевту не хватает навыков установления отношений сотрудничества.* Поскольку мы признаем наличие индивидуальных различий у наших пациентов, мы должны также признать, что имеются различия в навыках психотерапевтов. Из-за ограниченного опыта работы с отдельной проблемой пациента (например, депрессией), отдельной популяцией (например, пожилыми) или с серьезными проблемами (например, сильная тревога) психотерапевт может не иметь навыка работы с конкретным пациентом. Психотерапевт, работающий в организации или больнице, может обратиться к коллегам для консультации или попросить о супервизии по отдельному случаю или проблеме. В некоторых ситуациях, однако, консультативная помощь может быть недоступна. Если навыки психотерапевта не развиты настолько, чтобы эффективно справиться с проблемой, переход пациента к другому психотерапевту является этической необходимостью. Если же другой психотерапевт недоступен, психотерапевт должен постоянно развивать, расширять и обновлять свои навыки через дополнительное обучение. Курсы усовершенствования специалистов, обучающие программы, семинары, симпозиумы или краткосрочные интенсивные курсы должны быть частью профессионального роста психотерапевтов, независимо от их подготовки.

Клинический пример. Морин Б., психолог-аспирант, занимающаяся исследовательской работой, рассматривала случай 18-летней студентки с диагнозом обсессивно-компульсивного расстройства личности, у которой была психогенная проблема с мочеиспусканием. Эта ситуация была связана не только с заболеванием и страданиями, но и с социальными проблемами, так как студентка жила в университетском общежитии и пользовалась общим туалетом. С учетом недостатка у психотерапевта

опыта работы с этой проблемой вскоре было принято решение прибегнуть к супервизии. Супервизор также имел ограниченный опыт лечения таких пациентов. Специалисты, которые оказались доступны, также не имели опыта работы с нарушениями мочеиспускания у женщин. Были сделаны запросы коллегам по всей стране, чтобы собрать как можно больше данных о лечении этого расстройства. Кроме того, доктор Б. попыталась найти литературу по этому вопросу в библиотеке.

Учитывая необычный характер проблемы, психотерапевту нужно было разработать стратегии и вмешательства так, чтобы она и ее супервизор могли эффективно работать с пациентом. Психотерапевт, используя свои знания женской анатомии, упражнения и мышечный контроль, нашла решение в книге по гимнастике для женщин: упражнения Кегеля. На сессии пациентка научилась выполнять эти упражнения и стала лучше контролировать свой мочевой пузырь. Одновременно с когнитивной работой по выявлению дисфункциональных мыслей о мочеиспускании в общественном туалете и реакции на них проводилась поведенческая психотерапия. Это в свою очередь привело к работе по изменению схемы, связанной с чистотой, положительными человеческими качествами и перфекционизмом.

3. *Стрессоры окружающей среды препятствуют изменению или подкрепляют дисфункциональное поведение.* У пациента могут быть такие обстоятельства или его окружают такие люди, которые поддерживают дисфункциональную схему и обусловленные ею дисфункциональные формы поведения. Схемы значимых других могут активно работать против осуществления пациентом изменений, которые он или психотерапевт считают важными. Значимые другие, без злого умысла или с таковым, могут способствовать поддержанию дисфункционального и деструктивного поведения пациента. Пациенты открыто или скрыто могут получать сообщение «Не изменяйся». Открыто пациента могут критиковать за то, что он ходит на психотерапию, обсуждает «частные семейные дела с посторонним», или дразнить его, обзывать «психом» и говорить, что он хочет «потерять последние мозги». Тайно такое сообщение может быть передано уходом от пациента значимых других в то время, когда он ходит на психотерапию.

Клинический пример. Эл, 30-летний одинокий мужчина, живший дома с родителями. Он был дипломированным специалистом, окончил колледж и работал по связи с потребителем в качестве представителя крупной корпорации. Даже при том, что он зарабатывал на жизнь вполне достаточно, его родители продолжали требовать, чтобы он жил с ними. Их беспокоило, что, если он будет жить самостоятельно, он не будет заботиться о себе, станет переедать и наберет лишний вес. В результате этого он мог бы вернуться к своему прежнему весу в 116 кг. Хотя теперь он весил 90 кг, лечился от ожирения и стремился похудеть, их беспокойство, и открытое и скрытое, было очевидным. Это беспокойство пугало его. Он думал, что огорчает своих родителей, что он плохой и разочаровывает членов своей семьи. Эти мысли удерживали его от того, чтобы жить отдельно от родителей. Он оставался дома, чтобы унять их беспокойство, остаться зависимым и продолжать быть их «маленьким мальчиком», а также чтобы справиться с собственным страхом потери контроля.

4. *Мысли и убеждения пациентов относительно их возможной неудачи в психотерапии затрудняют сотрудничество.* «Классическая» когнитивная психотерапия сосредоточена на помощи пациентам в исследовании их когнитивных структур при неудачах в психотерапии и на способности изменять свои мысли или поведение. Исследование когнитивных структур и схем и обучение адаптивному реагированию на негативные и самоуничижительные мысли в конце концов являются главными целями психотерапии. Нужно стремиться к постепенным изменениям, а не к мгновенному результату. Постановка постепенно усложняющихся задач, маленькие последовательные шаги, оценка ответов и реакций с точки зрения желательных изменений, постепенная адаптация к стрессу и тревоге и психотерапевтическая поддержка помогают пациенту предпринять попытку изменения себя.

Клинический пример. Митч, 20-летний студент колледжа, имел диагноз избегающего расстройства личности. Его опыт общения и интимных связей был очень ограничен. После жизни в течение двух лет в общежитии, где мужчины и женщины свободно встречались друг с другом, он переехал из университетского городка в квартиру, чтобы не видеть активной социальной жизни товарищей по общежитию. Когда он приступил к психотерапии, он понимал, что должен использовать годы учебы в колледже для установления социальных контактов, но признавал недостаток у себя навыков, наличие тревоги и отсутствие желания. Его мысли о психотерапии были подобны его мыслям об интимных отношениях. В обеих ситуациях он видел себя как открытого новым переживаниям, желающего испытать их, но отвергнутого из-за недостатка навыков и умений и затем еще больше страдающего от неудачи. Его автоматические мысли о психотерапии (и интимных отношениях) были таковы: «Мне лучше не открываться людям, чтобы не испытывать неудач и насмешек. Фактически мне лучше умереть. Никто даже не заметит этого. Все, что я делаю, обречено на неудачу, даже эта психотерапия».

5. *Мысли и убеждения пациентов о воздействии собственного изменения на других могут препятствовать согласию.* Другой набор обструкционных когнитивных структур включает в себя

катастрофические мысли пациента о влиянии своей попытки измениться на значимых других. Пациент часто катастрофически оценивает влияние своего изменения на других: «Если я изменюсь, случится что-то ужасное». Психотерапевт должен работать с пациентом для устранения катастрофических мыслей или исследовать, имеются ли выгоды от изменения, несмотря на потенциальные негативные последствия.

Клинический пример. Марта, 42-летняя женщина с диагнозом зависимого расстройства личности, работала секретарем и жила с матерью. Марта была младшей из трех детей. Оба ее сиблинга имели свои семьи, Марта же никогда не была замужем и всегда жила с матерью. Ее мать, в соответствии с описанием Марты, была тираном. Она постоянно требовала от Марты внимания и заботы. Хотя мать была вполне здорова, она постоянно ходила по врачам за счет Марты. Медицинские расходы составляли существенную долю расходов Марты. Если бы Марта отказалась оплачивать назначения врача, мать стала бы обвинять ее в том, что она плохая дочь и станет причиной болезней матери и ее последующей смерти. Тогда Марта осталась бы одна.

Во время психотерапии Марта утверждала, что ее цель — начать жить самостоятельно, но на самом деле она этого не хотела, так как боялась, что мать заболеет и умрет, а она останется одна. Марта полагала, что если она будет жить дома, то это продлит жизнь ее матери. Она думала, что если она изменится и, возможно, переедет, это убьет ее мать. Поведение матери подкрепляло эту мысль.

6. *Несогласие вызывают опасения пациентов относительно изменения и «нового Я».* По определению, изменение означает смену идей, убеждений или форм поведения. Пациенты с заболеваниями Оси II могут чувствовать, что такие изменения опасны с точки зрения выживания. Хотя это может показаться парадоксальным, при том что их мысли вызывают у них тревогу, депрессию, суицидные попытки и нарушения в деятельности, такие пациенты боятся неопределенности, связанной с изменениями. Они часто выбирают знакомый им дискомфорт вместо дискомфорта, связанного с неизвестным им новым способом мышления или поведения.

Клинический пример. В течение трех лет Мэри страдала депрессией с суицидными намерениями. У нее был диагноз гистрионного расстройства личности. Четыре раза ее госпитализировали по поводу суицидных мыслей, но она не предпринимала попыток суицида. Мысли о самоубийстве очень волновали ее. Когда психотерапевт спрашивал о стиле ее мышления, она отвечала: «Я такая: Я никогда не была другой». Хотя она понимала, что ее суицидные мысли были болезненны не только для нее, но и для значимых других, ей было сложно изменить свой взгляд на жизнь, из-за того что она занимала позицию «Это — я».

7. *Дисфункциональные убеждения пациента и психотерапевта находятся в гармонии.* «Мертвая зона» психотерапевта может быть фатальной, поскольку психотерапевт и пациент могут разделять конкретную дисфункциональную мысль (например: «Это безнадежно»). Эти общие убеждения, основанные на конгруэнтных основных схемах, могут приводить к тому, что психотерапевт «покупается» на мысли и убеждения пациента о безнадежности.

Клинический пример. Психотерапевтическая работа доктора М. была очень осторожна и точна. При стрессе и в состоянии тревоги у нее возникали навязчивые мысли, и ее общее убеждение состояло в том, что когда она находится в состоянии стресса, к этому необходимо отнестись с полным вниманием и предпринять усилия, чтобы снять напряжение. Ее особая скрупулезность и трудолюбие были главными факторами, ввиду которых она окончила университет со средней оценкой 4,0. Впервые представляя пациента во время супервизии, она описала его как «склонного к перфекционизму, навязчивого и требовательного к себе». Во время супервизии доктор М. сообщила, что ее целью в работе с этим пациентом было «помочь ему избавиться от всего этого перфекционизма, который приводит к чувству безнадежности». Вместо того чтобы работать над изменением перфекционизма пациента, она ставила перед собой психотерапевтическую цель полного устранения перфекционизма. В ответ на замечание супервизора, что такая цель могла бы фактически укреплять проблемы пациента, доктор М. попыталась описать один случай, подтверждающий полезность перфекционистского стремления всегда делать все как можно лучше.

8. *Фактором, способствующим несогласию, может служить недостаток социальных навыков.* Пациенты, которые не понимают, чего от них ждут в процессе психотерапии, неизбежно будут испытывать трудности с соблюдением психотерапевтического режима. Необходимо, чтобы психотерапевт в начале психотерапии потратил достаточно времени, чтобы обучить пациента основам когнитивной модели психотерапии, включая терминологию, психотерапевтические конструкты и определенные навыки. Более того, психотерапевт должен получать обратную связь, чтобы оценить уровень понимания модели в ходе психотерапии. Способность пациента слушать и понимать может быть ухудшена безнадежностью, импульсивностью, выборочной рассеянностью или персонализацией. Психотерапевт не должен думать, что чтение какой-нибудь или всех книг по когнитивной психотерапии гарантирует адекватную реакцию на психотерапию вообще и на когнитивную психотерапию в

частности. Кроме того, может существовать влияние предыдущей психотерапии; то есть пациенты могут продолжать использовать старые стратегии и подходы в текущей психотерапии.

Клинический пример. Эд, 42-летний врач, направленный для когнитивной психотерапии после смерти его психоаналитика. Он проходил психоанализ в течение 15 лет по причине хронической депрессии и периодических мыслей о самоубийстве. Большую часть этого времени он посещал психоаналитика три раза в неделю. После того как его психоаналитик умер, в течение нескольких месяцев он пробовал продолжать психоанализ с другим психоаналитиком, но по взаимному согласию прекратил лечение и приступил к когнитивной психотерапии, чтобы справиться со своей депрессией. Эд приходил на каждую сессию и немедленно начинал говорить. Хотя психотерапевт пытался упорядочить ход сессии, устанавливая определенный план, Эд обычно излагал свободные ассоциации, рассказывал о своих снах, фантазиях и обо всем, что приходило на ум. Постоянный контроль психотерапевта и включение в план от 10 до 15 минут свободных ассоциаций в начале сессии помогли сохранить направленность работы и сосредоточенность в оставшееся время сессии.

9. *Пациент имеет вторичную выгоду от сохранения дисфункционального паттерна.* Бывают ситуации, в которых пациент с большим трудом начинает изменения из-за выгоды, которую он извлекает из дисфункционального мышления и/или поведения. Члены семьи могут оберегать пациента от черной работы, не оказывать давления на пациента, избегать конфронтации с ним и вообще позволять пациенту делать, что он хочет, чтобы снизить возможность отыгрывания. Вторичная выгода может исходить от семьи, друзей, работодателей или других людей, с которыми пациент имеет дело. Сюда входит и взаимодействие между пациентом и психотерапевтом. Такой пациент должен следить за «первичным ущербом», который идет вразрез с достижением его вторичной выгоды.

Клинический пример. Сид, 38-летний безработный плотник; диагноз: пассивно-агрессивное и зависимое расстройство личности. Последние пять лет у него не было постоянной работы, и он проводил время дома, сидя у телевизора. Его жена работала полную рабочую неделю, а он получал пенсию по инвалидности. Он сообщил, что когда он чем-либо занимался, то боялся сердечного приступа или инсульта. Даже при том что он никогда не имел таких проблем или какой-нибудь серьезной болезни, его жена и двое детей были так обеспокоены состоянием его здоровья, что никогда не просили, чтобы он сделал что-нибудь по дому. Если бы его заставили искать работу, Сид скорее покончил бы с собой, чем согласился испытать мучительную тревогу. Местный центр психического здоровья снабдил его документами, которые позволяли ему не работать. Сид вставал в одиннадцать утра, до полудня читал газету и затем смотрел телевизор. Когда дети приходили домой из школы, он ложился вздремнуть и вставал к обеду. После обеда он смотрел телевизор или слушал музыку, пока не приходило время ложиться спать. Было очень сложно попытаться заставить его отказаться от этой ранней «отставки».

10. *Фактором, способствующим несогласию, является неправильный выбор времени для вмешательства.* Несвоевременные или поспешные вмешательства иногда приводят к неспособности пациента понять важность или релевантность психотерапевтической работы и, таким образом, к его несогласию. Если психотерапевт из-за своей тревоги пытается ускорить процесс лечения пациента с заболеванием Оси II, это может привести к прекращению сотрудничества, пропускам сессий, непониманию психотерапевтических проблем или преждевременному завершению психотерапии.

Клинический пример. Мэри, будучи интерном, училась проводить когнитивную психотерапию. Из-за своей тревоги и стремления быстрее получить результат, она пыталась интерпретировать схемы, не собрав достаточных данных для обоснования своих интерпретаций или намеченных вмешательств. В результате пациенты часто говорили ей, что она не понимает их, что еще больше увеличивало ее тревогу и часто заставляло торопиться с интерпретацией и неправильно выбирать время для вмешательств.

11. *Пациенты испытывают недостаток мотивации.* Многие пациенты направлены на психотерапию вопреки их воле. Значимые другие могли заставить их пойти на психотерапию под угрозой каких-либо больших неприятностей. Некоторые пациенты, возможно, были направлены против их желания, по решению суда. В других случаях пациенты с заболеваниями Оси II могут испытывать недостаток мотивации для большинства занятий или рассматривать свои проблемы как внешние по отношению к ним, что может являться частью клинической картины. В таких случаях психотерапия должна быть посвящена прежде всего построению взаимоотношений и созданию мотивации для психотерапии.

Клинический пример. Сэм, 59-летний ювелир, в течение нескольких лет страдал тяжелой депрессией и имел суицидные намерения из-за неудач в бизнесе. Он полагал, что его проблемы в бизнесе случались не по его вине, а были связаны с тем, что другие ювелиры сбивали ему цену. Он не видел никаких способов восстановить потерянный доход, вернуть клиентов и статус, который он когда-то имел, и отказывался «тратить впустую» деньги на объявления в газетах. Хотя он ежедневно ходил на

работу, его магазин был завален коробками, которые он называл «хламом», и он не стремился начать новый бизнес. Он подходил к психотерапии таким же образом: не хотел ходить на нее, не видел в ней никакой пользы и согласился лишь для того, чтобы успокоить жену и дочь.

12. *Ригидность пациентов мешает согласию.* Сама проблема, которая приводит пациентов на психотерапию, может быть главной причиной несогласия. У обсессивно-компульсивных или параноидных пациентов, помимо прочего, ригидность может препятствовать согласию. По сути, такие пациенты могут подвергать сомнению мотивы или цели психотерапевта. Чаще они обнаруживают свою неспособность изменить ригидную позицию, которую считают нужным занимать, чтобы оставаться в относительной безопасности.

Клинический пример. Елена, 28-летняя медсестра, с диагнозом параноидного расстройства личности, рассматривала психотерапию (и психотерапевта) как проявление стремления ее матери управлять ею. Сохраняя за собой право делать все, что ей захочется, включая самоубийство, она чувствовала себя способной преодолеть власть матери. Психотерапевту пришлось проявить максимум внимания, чтобы не поддерживать это искажение, поскольку это могло бы вызвать со стороны Елены попытку умереть.

13. *Пациент плохо контролирует свои побуждения.* У пациентов, плохо контролирующих свои побуждения, обязательность еженедельных сессий, структурный психотерапевтический подход, строго установленное время сессии или ограничение продолжительности психотерапевтической сессии могут вызвать тревогу. Схемы, в соответствии с которыми можно «делать что угодно и когда угодно», могут препятствовать психотерапии. Эти пациенты часто требуют, чтобы психотерапевт делал то, что мы называем «ограниченной психотерапией», то есть постоянно занимался устранением мелких проблем и имел дело с текущим кризисом, а не работал над решением более общей проблемы.

Клинический пример. Психотерапия с Элис всегда проходила интересно. В свои 23 года она была крайне лабильна. Ее поведение соответствовало критериям пограничного расстройства личности. Ее кризисы были связаны с частой сменой места работы, друзей, любовников и психотерапевтов. На сессиях она была весьма лабильна, и любые попытки сосредоточить ее внимание на сессиях или на ее жизни встречала одними и теми же словами: «Это же не я». Пропуски сессий, опоздание на сессии и неспособность оплачивать услуги психотерапевта из-за импульсивных покупок и расходов в сочетании с потерей работы — все это приводило к срыву психотерапевтической работы по снижению ее импульсивности.

14. *Цели психотерапии могут быть нереалистичными.* Эта проблема иногда исходит от пациента, иногда от психотерапевта. Нереалистично завышенные или нереалистично заниженные цели могут создавать очень негативный настрой в психотерапии. Если пациент пожелает стать полностью новым человеком, то есть полной противоположностью тому, кем он был в течение последних 40 лет, психотерапевту, вероятно, придется помочь пациенту установить более реалистические и многоступенчатые цели. Изменение возможно, но выбор в качестве цели полного изменения может настроить пациента на неудачу. Точно так же, если психотерапевт имеет нереалистично высокие цели для пациента, результатом может оказаться неудача.

Клинический пример. Ник, 52 года, собирался пройти психотерапию для преодоления депрессии и чувства одиночества. На первой сессии он заявил, что хочет изменить всю свою жизнь. Он никогда не был женат, ни с кем не встречался до 31 года и вообще имел контакты с женщинами лишь несколько раз в жизни. Он полагал, что жизнь проходит мимо него. Он видел себя стареющим и одиноким в старости. Он рассказывал, что плачет, когда смотрит семейные шоу по телевизору. Его цель состояла в том, чтобы немедленно начать с кем-нибудь встречаться и в течение года жениться, поскольку со временем он не становится моложе. Эта нереалистичная цель, очевидно, создала бы ситуацию неудачи и сорвала бы психотерапию.

15. *Цели психотерапии не сформулированы.* Иногда может показаться, что цели психотерапии неявно представлены в начальном перечне проблем. Например, при «семейных разногласиях» может подразумеваться наличие дефицита навыков взаимоотношений и коммуникации, дефицита сексуальных навыков, депрессии и многих других проблем. При составлении перечня проблем цели психотерапии должны быть сформулированы эксплицитно. Конечно, в ходе психотерапии этот перечень может быть изменен, но без базовой информации о целях психотерапии прогресс в ней трудно оценить.

Клинический пример. Мэриан, 51 год, начала психотерапию по причине тревоги. После нескольких сессий стало ясно, что тревога была лишь частью клинической картины, которая включала в себя обсессивно-компульсивное расстройство личности. Психотерапевт, пытавшийся помочь Мэриан быть более гибкой, обнаружил, что с каждой сессией она становилась все более взволнованной. На шестой сессии она заявила, что прекращает психотерапию из-за возросшей тревоги: «Я думала, психотерапия нужна, чтобы помочь мне, а не сделать хуже». Психотерапевт ошибочно предполагал, что Мэриан будет стремиться изменить свой ригидный личностный паттерн без какого-либо обсуждения

этого паттерна как объекта психотерапевтического воздействия.

16. *Цели психотерапии неопределенны и аморфны.* Пациенты обычно обращаются с неопределенными заявлениями типа: «Приведите меня в порядок», «Разберитесь в моих мозгах», «Займитесь моей депрессией/тревогой» или «Наладьте общение между нами». Психотерапевт должен переформулировать эти цели, чтобы они были осуществимы и определены операционально.

Клинический пример. Сет, 19 лет, был направлен на психотерапию психологом студенческого общежития из-за постоянных драк. Сет посещал консультанта в консультативном центре колледжа и работал с «гневом» и «проблемами воспитания». После восьми сессий консультант закончил работу, отметив, что Сет осознал свои проблемы и может измениться. Настоящее направление основывалось на том, что осознание Сетом своих проблем не привело к поведенческим изменениям. На сей раз были поставлены ясные и определенные цели психотерапии с определенными критериями изменения, поэтапным подходом к решению задачи, касающейся товарищей по общежитию, и особым вниманием к контролю побуждений.

17. *Отсутствует согласие между психотерапевтом и пациентом относительно целей лечения.* Учитывая, что цели психотерапии эксплицитны и операционально определены, пациент и психотерапевт должны работать над определением психотерапевтических целей. Разработка плана лечения, а также его чтение и подписание пациентом — часть процедуры информированного согласия, которое сегодня во многих случаях лечения психических расстройств является обязательным. В когнитивной модели психотерапии необходимы постановка целей на определенный период (например, на 3 месяца), обсуждение оснований для этих целей, учет мнения пациента, изменения в результате переговоров, а также получение и предоставление обратной связи.

18. *Пациент или психотерапевт фрустрированы из-за недостатка прогресса в психотерапии.* Учитывая долгосрочный характер проблем при заболеваниях Оси II и их общее воздействие на всю жизнь пациента и долгосрочный характер психотерапии, пациент и психотерапевт могут испытывать фрустрацию. В обоих случаях результатом могут стать негативные реакции на дальнейшую психотерапию, мысли о неудаче психотерапевта или пациента и чувство раздражения по отношению к источнику фрустрации (психотерапевту или пациенту).

Клинический пример 1. Алисия, психолог под супервизией, была «полностью фрустрирована» Ларой, пациенткой с пограничным расстройством личности: «Она не меняется; она остается сердитой, обычно на меня. Я просто боюсь ее визитов и счастлива, когда она их отменяет». Алисия весьма успешно работает как психотерапевт, когда сталкивается с более типичными, несложными депрессиями, но не привыкла к долговременному лечению или сопротивлению пациентов. Она говорит: «Я читала о пограничном расстройстве личности, слышала о таких больных, но никогда не думала, что сама столкнусь с подобными проблемами». Основное внимание при супервизии было сосредоточено на помощи Алисии в том, чтобы справиться с ее дисфункциональными мыслями и ожиданиями относительно психотерапии, лечения сложных случаев и контрпереноса.

Клинический пример 2. Мария первоначально пришла на психотерапию, чтобы уменьшить депрессию. Ее депрессия накладывалась на обсессивно-компульсивное расстройство личности. Она выбрала когнитивную психотерапию, узнав из статей в журналах о ее краткосрочном характере и эффективности. После 25 сессий она потребовала, чтобы ей сказали, почему она все еще «не вылечена». Психотерапевт пренебрег тем, чтобы дифференцированно подойти к работе со схемой и симптомом.

19. *Причиной несогласия может быть реакция пациента на понижение своего статуса и самооценки.* Для многих людей стать «пациентом» означает признать, что с ними «что-то не то». Они неспособны справиться со своей жизнью и стрессорами, которые раньше не создавали проблем. Кроме того, другие люди могут называть их «психами», «больными» или «сумасшедшими».

Клинический пример. Рой, успешный бизнесмен, 60 лет, направлен семейным врачом на психотерапию по причине депрессии. Его первым заявлением на психотерапии было: «Я не хочу быть здесь. От этого моя депрессия лишь усиливается. Мне никогда не приходилось обращаться за помощью прежде, и я не знаю, как это делать. Я тайком выхожу из дома, чтобы прийти сюда. Я хочу, чтобы вы никогда не звонили мне в офис или домой. Никто не должен знать, что я сюда хожу».

Психотерапевт должен знать многочисленные причины нежелания сотрудничества или несоблюдения психотерапевтического режима со стороны пациента. Они включают:

— недостаток навыков у пациента;
— недостаток навыков у психотерапевта;
— стрессоры окружающей среды, которые препятствуют согласию;
— мысли пациента о неудаче в психотерапии;
— мысли пациента о влиянии изменения на него самого и на других;
— нарушенная конгруэнтность пациента и психотерапевта;
— отсутствие социальных навыков у пациента;

— вторичная выгода;
— плохой выбор времени для вмешательства;
— недостаток мотивации у пациента;
— ригидность или плохой контроль побуждений;
— отсутствие формулировки, неясность или нереалистичность целей психотерапии;
— фрустрация пациента или психотерапевта;
— проблемы, связанные с понизившейся самооценкой пациента.

Необходимо планировать стратегии и методы, которые эффективно решают соответствующие проблемы и продвигают психотерапию в рамках сотрудничества. Учитывая сложность расстройств личности, сочетающихся с острыми проблемами Оси I, которые служат поводом для направления на психотерапию, психотерапевтическое сотрудничество могут затруднять многие факторы. Основное внимание в этой главе было сосредоточено на том, чтобы помочь психотерапевту наметить концептуальные рамки для применения общих принципов когнитивной психотерапии к лечению пациентов с расстройством личности. Психотерапевт, вооруженный теоретическими и практическими навыками формулировки случая, может выбирать стратегии лечения и определенные вмешательства.

Для опытных когнитивных психотерапевтов главы первой части книги будут служить необходимым обзором базовой когнитивной модели и позволят им подойти к более трудной работе по лечению пациентов с заболеваниями Оси II. Для психотерапевта, который лишь начал знакомиться с когнитивной моделью психотерапии, эти главы будут служить введением. Мы считаем важным, чтобы психотерапевт овладел концептуальной моделью когнитивной психотерапии и следовал общим и частным руководящим принципам лечения. Сотрудничество с пациентом ограничит психотерапевтическое несогласие и приведет к созданию более прочного рабочего альянса.

Глава 5.
Специализированные методы

При планировании и применении определенных стратегий и методов следует принимать во внимание не только определенную патологию пациентов, но также их уникальные способы интеграции и использования информации о себе. Каждый пациент учится по-своему. Кроме того, методы, которые в определенное время являются успешными с данным пациентом, в другое время могут быть неэффективны. Психотерапевты должны использовать всю свою проницательность при проектировании планов лечения и отборе наиболее полезных методов из широкого разнообразия доступных или при создании новых. При этом неизбежны пробы и ошибки. В некоторых случаях наибольший успех может принести интроспекция; в других случаях рекомендуется обсуждение с коллегами или обучение навыкам.

Наиболее эффективное применение методов зависит не только от четкой формулировки случая (см. главу 4) и установления дружественных рабочих отношений, но также и от мастерства психотерапевта. *Искусство психотерапии* предполагает разумное использование юмора, жизненных примеров, метафор и опыта психотерапевта, а также стандартных когнитивных и поведенческих методов. Квалифицированные психотерапевты знают, когда нужно использовать или не использовать эмоциогенный материал и пытаться преодолеть избегание. Они могут оживлять монотонное повествование или охлаждать чрезмерный пыл пациента. Они варьируют используемые ими слова, стиль и способ выражения.

Важно проявлять *гибкость* в пределах сессии: психотерапевт может менять свой подход от активного слушания к сосредоточению и исследованию, моделированию новых поведенческих стилей. Предполагается, что психотерапевты, читающие эту книгу, овладеют основными принципами когнитивно-поведенческой психотерапии. Многие из них были изложены в таких работах, как книга Бека, Раша, Шоу и Эмери (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979). Мы произвольно разделили методы на те, которые являются прежде всего «когнитивными», и те, которые являются «поведенческими». Мы должны иметь в виду, что никакие методы не бывают полностью когнитивными или поведенческими. Более того, когнитивные стратегии могут вести к поведенческим изменениям, а поведенческие методы, как правило, вызывают определенную перестройку когнитивных структур.

К наиболее эффективным инструментам в лечении расстройств личности относятся так называемые *экспериенциальные методы*, такие как повторное переживание событий детства и воображение. Эти драматические методы, очевидно, создают возможность для нового научения — или забывания. На практике установлено, что когнитивное изменение зависит от уровня эмоционального опыта (Beck, 1987).

При лечении расстройств личности когнитивные и поведенческие методы дополняют друг друга. Главное — развить новые схемы и изменить старые. Безусловно, в конечном счете когнитивные методы

отвечают за бóльшую часть происходящих изменений (Deffenbacher, Storey, Stark, Hogg, & Brandon, 1987). Когнитивная (и поведенческая) работа с пациентами, страдающими расстройствами личности, требует большей точности и постоянства, чем обычная. Так как определенные когнитивные схемы этих пациентов продолжают оставаться дисфункциональными даже после того, как были развиты более адаптивные формы поведения, обычно требуется более разнообразная и продолжительная когнитивная работа.

Когнитивные стратегии и методы

Ниже приводится перечень когнитивных методов, которые психотерапевты могут использовать для лечения заболеваний Оси II. Так как некоторые методы уже были описаны в работах, посвященных лечению депрессии (Beck et al., 1979), они не будут обсуждаться в деталях. Мы, однако, подробнее рассмотрим отдельные методы для работы с проблемами Оси II. Это представительный, но отнюдь не исчерпывающий список.

Некоторые когнитивные методы, полезные при работе с расстройствами личности, включают в себя: 1) направляемое открытие, позволяющее пациенту признать стереотипные дисфункциональные паттерны интерпретации; 2) исследование идиосинкразического значения, поскольку эти пациенты часто интерпретируют свои переживания в необычной или преувеличенной манере; 3) указание на неточные выводы или искажения, чтобы заставить пациента осознать свою необъективность или неразумность отдельных автоматических паттернов мышления; 4) совместные эмпирические выводы — работа с пациентом по проверке обоснованности его убеждений, интерпретаций и ожиданий; 5) исследование объяснений поведения других людей; 6) шкалирование — перевод преувеличенных интерпретаций в измеряемые величины, чтобы противодействовать обычному дихотомическому мышлению; 7) реатрибуция — перераспределение ответственности за действия и результаты; 8) преднамеренное преувеличение — сведение мысли к крайности, что упрощает ситуацию и облегчает переоценку дисфункционального умозаключения; 9) исследование преимуществ и недостатков поддержания или изменения убеждений или форм поведения и выяснение первичной и вторичной выгоды; 10) преодоление катастрофического характера мыслей пациента — предоставление пациенту возможности, во-первых, осознать свою склонность всегда ждать худшего исхода и, во-вторых, противостоять этой склонности.

«Когнитивные исследования»

Те же самые методы, которые используются для выявления и оценки автоматических мыслей при депрессии или генерализованном тревожном расстройстве (Beck et al., 1979; Beck & Emery with Greenberg, 1985), полезны и при работе с расстройствами личности. Психотерапевт и пациент выявляют эпизоды, которые освещают проблемы личности, и сосредоточиваются на когнитивной подоплеке этих эпизодов. Например, Лоис, пациентка с избегающей личностью, расстраивается, когда ее игнорируют коллеги по работе. Целью первого когнитивного исследования должна быть попытка исправить ее автоматические мысли (Beck, 1967). Если бы эта пациентка хорошо умела идентифицировать автоматические мысли, она сказала бы, например: «Я подумала: они меня не любят».

Если пациентка не в состоянии исправить автоматические мысли, ей можно предложить *вообразить* переживание, «как если бы это происходило прямо сейчас». Когда переживание подобным образом оживлено, она, вероятно, будет испытывать автоматические мысли так же, как в реальной ситуации. Конечно, в будущем у нее было бы много возможностей столкнуться с автоматическими мыслями и выявить их без предварительной подготовки. Если пациентка может предвидеть определенные «травмирующие» переживания, для нее полезно заранее подготовиться, начав настраиваться до того, как она окажется в неприятной ситуации («Интересно, будет ли Линда пренебрежительно обходиться со мной сегодня за завтраком»). Таким образом наша пациентка Лоис подготовлена к мысли об отвержении. Заметив, что Линда, как ей кажется, держится надменно, она может подумать: «Она не любит меня», «Со мной что-то не так». Но, конечно, автоматические мысли не обязательно дисфункциональны или нереалистичны и, как мы увидим, они должны быть проверены.

Крайне важно значение события. Например, Лоис могла бы не обращать внимания на кажущееся отвержение со стороны Линды, подумав: «Ну и что? Я тоже не люблю ее» или «Она — не моя подруга». Однако, когда пациент особенно уязвим к отвержению, начинается цепная реакция, которая может привести к возникновению устойчивого чувства печали.

Иногда пациент способен различить цепную реакцию с помощью интроспекции. Часто в ходе квалифицированного опроса психотерапевт может достичь существенной отправной точки (глубинной схемы). Он может также использовать это упражнение как способ продемонстрировать отдельную

ошибку или изъян в том, как пациент делает выводы и приходит к умозаключениям.

Рассмотрим следующий диалог между психотерапевтом и Лоис, которая очень расстроилась, потому что Линда, ее подруга, во время завтрака была поглощена беседой со своим сослуживцем.

Психотерапевт: О чем вы думали во время завтрака?

Лоис: Линда игнорирует меня. [Выборочное сосредоточение внимания, персонализация.]

Психотерапевт: Что это означало?

Лоис: Я не могу уживаться с людьми. [Самоатрибуция, чрезмерное обобщение.]

Психотерапевт: Что это значит?

Лоис: У меня никогда не будет друзей. [Абсолютное предсказание.]

Психотерапевт: Что значит «не будет друзей»?

Лоис: Я всегда буду в полном одиночестве. [Основная схема.]

Психотерапевт: Что значит в полном одиночестве?

Лоис: Это значит, что я всегда буду несчастна. (*Начинает плакать*.)

Так как пациентка начинает плакать, психотерапевт прекращает опрос, поскольку полагает, что добрался до сути дела — глубинной схемы («Я всегда буду несчастна»). Возникновение сильного чувства предполагает не только то, что была выявлена глубинная схема, но также и то, что дисфункциональное мышление более доступно для изменения. Этот тип опроса, представляющий собой попытку исследовать более глубокие значения и получить доступ к глубинной схеме, назван методом «стрелка вниз» (Burns, 1980; Beck et al., 1985). Позднее психотерапевт и пациент решат продолжить исследование, чтобы установить, имеются ли другие глубинные схемы.

В данном случае проблема Лоис сосредоточена вокруг ее убеждений: «Если люди нечутки ко мне, это означает, что они не любят меня» и «Если один человек не любит меня, это значит, что я вообще непривлекательна». Когда она идет в кафе в офисе, где работает, она очень чувствительна к тому, насколько чувствительны другие работники, — хотят ли они, чтобы она села рядом с ними, позволяют ли ей участвовать в беседе, отвечают ли они на ее замечания. Так как она страдает избегающим расстройством личности и старается не попадать в ситуации возможного отвержения, она склонна не садиться за один стол с людьми, которых знает, особенно с Линдой. Один из способов решить эту проблему — прямо поговорить о ней, например так, как в следующем диалоге.

Лоис расстроилась после того, как села к столу, где группа женщин вела оживленную беседу. Психотерапевт пытается выяснить значение этого события.

Психотерапевт: Что вы чувствуете, если, как вам кажется, люди не встречают вас с распростертыми объятиями?

Лоис: Не знаю. Наверное, что они меня не любят.

Психотерапевт: А если они покажут, что любят вас?

Лоис: Я не буду уверена, что они искренни. Ведь у меня мало общего с ними, я не интересуюсь тем, чем они…

Психотерапевт: Вы выбрали бы кого-нибудь из них в качестве близких друзей?

Лоис: Думаю, что нет.

Психотерапевт: Вы действительно не хотите дружить ни с кем из них. И это значит, что вам важно, «нравитесь» вы или «не нравитесь», а не практическая значимость отношений. Это так?

Лоис: Думаю, что так.

Поскольку глубинные схемы Лоис связаны с проблемой привлекательности, почти каждая ее встреча с другими людьми предполагает проверку ее приемлемости, становясь вопросом жизни и смерти. Работая с глубинной схемой по методу «стрелка вниз», психотерапевт способен вывести основные «игнорируемые» значения на поверхность и продемонстрировать, что убеждение «Все должны любить меня» дисфункционально.

Как только основные убеждения стали доступными (осознанными), пациент может изменить их с помощью реалистических, логических рассуждений. Так, Лоис способна противопоставить автоматической мысли «Им наплевать на меня» рациональный ответ «Если я им безразлична, это не имеет значения. У меня все равно нет с ними ничего общего».

Пациенты склонны приписывать абсолютные значения событиям и рассматривать их с точки зрения «все или ничего». Роль психотерапевта заключается в том, чтобы показать пациенту, что важность событий или людей может располагаться на континууме. Так, Лоис может видеть, что при оценке того, «насколько важны» для нее ее знакомые, они стоят на континууме намного ниже, чем ее настоящие друзья. Как только она сделала такую объективную оценку, она может больше не беспокоиться о том, нравится ли она своим знакомым.

Конечно, в большинстве ситуаций случайные знакомые обычно относятся к человеку нейтрально, а не отвергают его, но поскольку пациенты склонны интерпретировать нейтральность как отвержение, они должны четко формулировать глубинные убеждения и переживать связанные с ними эмоции, чтобы

изменить дисфункциональное мышление. Методы работы с негативными автоматическими мыслями и основными убеждениями используются и для других целей (Beck et al., 1979; Freeman, Pretzer, Fleming, & Simon, 1990).

Работа со схемами

При обсуждении с пациентом схем диагностические ярлыки параноидного, гистрионного или пограничного расстройств могут вызывать предвзятое представление психотерапевта о пациенте. Стиль пациента может быть определен в операциональных терминах. Шизоидный стиль, например, может описываться и обсуждаться как склонность пациента быть «очень индивидуалистичным» или не быть «зависимым от других людей». Зависимая личность может рассматриваться в терминах «наличия сильного убеждения в ценности привязанности к другим» или «большего акцента на важности коммуникабельности». В каждом случае пациенту можно предложить неоценочное описание, соответствующее конкретной системе убеждения.

Полноценная психотерапевтическая программа адресована всем когнитивным, поведенческим и аффективным схемам. Плотность, широта, активность и валентность исследуемых схем (глава 2) являются факторами, определяющими набор психотерапевтических вмешательств.

Используя когнитивные предубеждения или искажения пациента в качестве указателей схем, психотерапевт вначале помогает пациенту выявить дисфункциональные правила, которые доминируют в его жизни, а затем работает с пациентом, чтобы модифицировать или заменить их для более адаптивного функционирования. У психотерапевта есть несколько вариантов работы со схемами. Выбор одного из них основан на поставленных Целях и формулировке случая.

Первый вариант работы со схемами мы будем называть «схематическим реструктурированием». Это может быть уподоблено реконструкции города. Когда сделан вывод, что отдельная структура или комплекс структур являются нарушенными, принимается решение поэтапно разрушить старые структуры и на их месте построить новые. Это было целью многих психотерапевтических подходов в течение многих лет (особенно характерно для психоанализа и динамических производных психодинамических школ). Но не все дисфункциональные схемы могут быть реструктурированы, к тому же это не всегда оправданно, учитывая время, энергию или навыки, доступные пациенту либо психотерапевту.

Примером полного схематического реструктурирования может служить трансформация человека с параноидным расстройством личности в полностью доверчивого человека. Должны быть устранены конкретные схемы относительно потенциальной и неизбежной опасности других людей, чтобы их место заняли убеждения в надежности людей, малой вероятности нападения и причинения вреда и убеждение, что всегда найдутся люди, готовые предложить помощь и поддержку. Очевидно, этот вариант лечения наиболее трудоемок и отнимает много времени, и в нем должен быть достигнут компромисс между слишком активными схемами, соответствующими недоверию, и более доброжелательными схемами. Другими словами, реструктурирование состоит в ослаблении дисфункциональных схем и развитии более адаптивных.

Многие пациенты никогда не формировали адекватные схемы, чтобы принять переживания, которые противоречат их дисфункциональным основным убеждениям. Следовательно, они неспособны интегрировать новые позитивные переживания и, таким образом, продолжают фильтровать события через схемы, существовавшие ранее. В результате их жизненные переживания сформированы таким способом, что подтверждают дисфункциональные убеждения пациентов (обычно негативные) относительно себя и других людей. У более сложных пациентов, особенно с пограничным расстройством личности, могут быть области, в которых адаптивные схемы просто недоступны. Следовательно, они должны создать адаптивные структуры, чтобы получить новый конструктивный опыт.

Для построения новых схем или укрепления нарушенных можно использовать разнообразные методы. Возможно творческое использование дневников для упорядоченной записи и хранения новых наблюдений. Например, человек, имеющий убеждение «Я неадекватен», может завести записную книжку с несколькими разделами: «работа», «социальные контакты», «домашние обязанности», «досуг». Ежедневно в каждом разделе следует отмечать маленькие примеры адекватности. Психотерапевт может помочь пациенту выявить примеры адекватности и следить за тем, чтобы они регулярно регистрировались. Просматривая эти записи, пациент помогает себе противостоять абсолютным негативным убеждениям при стрессе или «неудачах», когда активизирована более знакомая негативная схема (Goldfried & Newman, 1986).

Другой тип дневника можно использовать, чтобы ослабить негативные схемы и поддержать потребность в альтернативных схемах. Это прогнозирующие дневники, в которых пациенты

записывают предсказания о том, что случится в определенных ситуациях, если их негативные схемы истинны. Позже они записывают, что фактически случилось, и сравнивают это с предсказаниями.

Например, одна женщина с обсессивно-компульсивным расстройством личности полагала, что каждый день ее ждали ужасные катастрофы и что она была совершенно неспособна справиться с ними. Она завела дневник, в котором в первой колонке записывала каждую предсказанную катастрофу. Во второй колонке она записывала, случилась эта катастрофа или нет, а также любые непредвиденные катастрофы, которые произошли на самом деле. В третьей колонке она оценивала, как она справилась с реальными «катастрофами». Через месяц эта женщина просмотрела свой дневник и обнаружила, что из пяти предсказанных катастроф только одна случилась на самом деле и что она смогла справиться с ней на 70 %.

Третий тип дневника используется для более активного анализа ежедневных переживаний в терминах старых и новых схем. Пациенты, которые начали в некоторой степени верить в свои новые, более адаптивные схемы, могут оценивать критические случаи, произошедшие за неделю. Например, пациентка, считавшая себя непривлекательной, когда вызывала недовольство других, анализировала свои ежедневные переживания, при которых это старое убеждение было активизировано. В одном случае она критиковала служащего за плохо выполненную работу. В дневнике она записала: «Казалось, он очень раздражен на меня за то, что я критиковала его работу. С моей старой схемой я чувствовала бы, что это ужасно и указывает на то, что я непривлекательна. Теперь я понимаю, что указывать на ошибки — моя обязанность, и если он сердится на меня, это его проблема. Чтобы быть привлекательной, мне не нужно, чтобы каждый был все время счастлив со мной».

Такими способами «дневники схем» могут помочь создать адаптивные схемы, обеспечить подкрепление новых схем последующими переживаниями, а также облегчить противодействие старым неадаптивным схемам при интерпретации новых событий и переформулировке старых. Типы «функциональных схем», которые необходимо развить, конечно же, зависят от характера проблем пациента и от его диагноза.

Хотя трансформация человека с расстройством личности в полностью зрелую личность, действующую на пике своих возможностей, казалось бы, является идеальной целью, она редко достигается в ходе психотерапии. Но многие пациенты продолжают совершенствоваться после окончания психотерапии и в конечном счете могут приблизиться к этому идеалу.

Вторая возможность на континууме изменения — это «схематическая модификация». Этот процесс предполагает относительно меньшие изменения в основном способе реагирования на мир, чем при реконструкции. Здесь уместно сравнение с реставрацией старого дома. В качестве клинического примера можно назвать трансформацию соответствующих схем параноидной личности, касающихся доверия, в убеждения, меньше связанные с недоверием и подозрительностью, а также попытки стимулировать пациента доверять *некоторым* людям в *некоторых* ситуациях и оценивать результаты.

Третья возможность на данном континууме — «схематическая реинтерпретация». Она состоит в том, чтобы помочь пациентам понять и реинтерпретировать свой образ жизни и схемы более функциональным способом. Например, гистрионная личность может признать дисфункциональный характер убеждения, что необходимо быть всеми любимым и обожаемым, но продолжать ощущать любовь людей как источник вознаграждения в некоторых ситуациях — например, в общении со своими учениками младшего возраста. Если нарциссическая личность хочет быть востребованной и уважаемой, заслужив титул (например, профессора или доктора), она может удовлетворить это желание статуса без того, чтобы руководствоваться компульсивными убеждениями относительно ценности престижа.

Мэри, 23-летняя программистка (о которой упоминалось в главе 1), пришла на психотерапию из-за «тяжелого бремени работы, неспособности наслаждаться жизнью, перфекционистского подхода фактически ко всем задачам и общей изоляции от других людей» (Freeman & Leaf, 1989, p. 405–406), а также из-за нарушений сна и мыслей о самоубийстве. Она не только получала очень небольшое удовлетворение от работы; она постоянно не успевала закончить работу вовремя. Ее обсессивно-компульсивные черты личности были вознаграждены в школе и дома. Работа занимала практически все ее время, и ее больше не вознаграждали за перфекционизм. Она сообщила, что если нуждалась в дополнительном времени, чтобы завершить задание, учителя всегда предоставляли его, зная, что выполненное задание будет того стоить.

Она полагала, что необходимо поддерживать «высокие стандарты». Попытки изменить эти гипервалентные схемы были встречены серьезным сопротивлением. Она хотела отдохнуть от напряжения, но не собиралась отказываться от правил и стандартов, которые считала важными. Один из вариантов, обсуждавшихся на психотерапии, состоял в том, чтобы найти новое место работы, которое позволило бы ей использовать свои «высокие стандарты». После непродолжительного поиска она нашла место в университетском исследовательском центре, где требовалось, чтобы она работала «медленно и тщательно», не считаясь с затраченным временем. Ее коллеги нашли ее стиль

совместимым с целями их проекта. Длительная психотерапия была направлена на модификацию ее правил поведения в социальных ситуациях и в профессиональной сфере.

Учитывая, что при изменении схем тревога, вероятно, будет повышаться, пациентам следует сообщать о такой возможности, чтобы они воспринимали это спокойнее. Депрессивный пациент, у которого при поступлении было диагностировано пограничное расстройство личности, спросил: «Почему вы пытаетесь научить меня контролировать тревогу? У меня вообще-то депрессия, а не тревога». В этом случае психотерапевт рассказал пациенту о необходимости овладеть навыками снижения тревоги. Эти навыки, как указал психотерапевт, будут важным фактором, определяющим успешность психотерапии. Один пациент, как отмечено в главе 1, ответил на это объяснение так: заявил, что «находиться в безопасности хорошо, и я не понимаю, почему должен от этого отказываться». Но если пациенты неспособны справиться с тревогой, они могут вернуться к старым дисфункциональным паттернам и прекратить психотерапию. (Для детального обсуждения лечения тревоги см.: Beck et al., 1985; Freeman & Simon, 1989.)

Принятие решений

Одна из тех областей, в которых психотерапевты часто вторгаются во «внешнюю жизнь» пациентов с расстройствами личности, — это помощь в принятии решений. При работе с проблемами личности требуются совместные усилия, чтобы помочь пациентам научиться принимать некоторые важные решения, отложенные ранее. В острой стадии депрессивных или тревожных расстройств психотерапевт сосредоточен на мобилизации пациентов и восстановлении паттерна решения *неотложных проблем* , которые могут казаться неразрешимыми во время депрессии (действительно, такое чувство может являться побочным продуктом депрессии): «Стоит ли мне сегодня вылезать из постели?», «Как я смогу отправить детей в школу?», «Что я должна купить в супермаркете?» Например, одна женщина-адвокат в состоянии депрессии не могла решить, какие дела она должна вести в первую очередь, когда пришла в офис. Она нуждалась в помощи, чтобы определить приоритеты и затем составить план действий по каждому делу. Симптомы депрессии могут препятствовать принятию даже самых простых решений. Важные долговременные решения, например относительно брака, воспитания детей или изменений в карьере, возможно, должны быть отложены, пока депрессия не пройдет.

Когда острые симптомы сняты, психотерапевт может сосредоточиться на более хронических или долговременных проблемах брака, карьеры и т. д. Нужно заняться вопросами, которые очевидно, ставят пациентов в затруднительное положение — особенно в области межличностных отношений. Когда возникают вопросы относительно выбора карьеры, интимных отношений, брака или развода и рождения детей (так же, как и более глобальных проблем), некоторые пациенты впадают в бездействие, другие же принимают импульсивные решения. Решение проблем личности может способствовать решению жизненных проблем и принятию решений. Планируемые действия, связанные с принятием решений, часто блокируются проблемами личности пациентов. Избегающие и пассивно-агрессивные личности имеют тенденцию откладывать; гистрионные личности как правило, импульсивны; обсессивно-компульсивные личности склонны к перфекционизму; зависимые ищут кого-нибудь, кто принял бы решение за них.

Очевидно, что психотерапевт не может заниматься проблемами личности «в вакууме». Когнитивные проблемы снижают способность человека справляться с «реальными жизненными ситуациями». И наоборот, помогая пациенту изучить и интегрировать новые копинг-стратегии, психотерапевт может нейтрализовать некоторые дезадаптивные стратегии, являющиеся проявлениями расстройства личности. Усвоение новой стратегии принятия решений может повысить уверенность в себе у зависимой личности, решительность — у избегающей личности, сделать гистрионную личность более рефлексивной, увеличить гибкость у обсессивно-компульсивных личностей. Таким образом, новые паттерны принятия решения могут изменять личностные стили при каждом расстройстве.

Психотерапевты могут использовать практические методы, описанные в различных работах по принятию решений (например: Nezu & Nezu, 1989; D'Zurilla & Goldfried, 1971). Один из методов, успешно используемых Дзуриллой и Голдфридом, состоит из таких шагов, как определение проблемы, постановка целей, мозговой штурм для генерации идей и т. д.

Существует метод, который выявляет необоснованные значения, влияющие на людей, когда они стоят перед выбором «или — или». Он состоит в том, чтобы записывать «за» и «против» для каждого варианта в отдельных колонках. С помощью психотерапевта пациент вносит в список преимущества и недостатки каждой альтернативы и пытается количественно оценить их.

Например, Том, который склонен к навязчивым мыслям при принятии решений, решил бросить юридическую школу из-за дискомфорта, который чувствовал при сдаче экзаменов, и из-за боязни не соответствовать ожиданиям. Его привычка навязчиво обдумывать свои действия вызывала

значительную напряженность. Он был вынужден думать *о* прекращении учебы из-за своего убеждения, что только таким способом он может снять напряжение. Чтобы помочь ему принять объективное решение, психотерапевт и Том нарисовали четыре колонки и вместе заполнили их, как это показано в табл. 5.1. В первой колонке были перечислены причины, по которым ему следовало бросить учебу или продолжить ее. Во второй колонке он оценил важность этих причин. Третья колонка содержала опровержения и четвертая — ценность или важность опровержений.

Таблица 5.1. Процесс принятия решения у Тома

После того как Том получил от психотерапевта одобрение этого списка, он смог более объективно рассмотреть вопрос о прекращении учебы. Он испытал некоторое облегчение, когда понял, что реальными источниками его страданий были перфекционизм и навязчивые мысли, а не трудности обучения в юридической школе сами по себе, и что он мог бы получить помощь от психотерапевта в связи с проблемой беспокойства, которая мучила его большую часть жизни.

Нужно отметить, что решения, которые могут быть относительно обычными для одного пациента, будут важными для другого, потому что касаются определенной личностной чувствительности. Так, Агнес, зависимая личность, не испытывала проблем с тем, чтобы пообедать с кем-нибудь, но мучилась над принятием решения, отправляться ли в поездку одной. Фил, независимая личность, напротив, был способен самостоятельно планировать поездки, но испытывал затруднения, когда должен был посоветоваться с другом.

Поведенческие методы

Существуют три цели использования поведенческих методов. Во-первых, психотерапевт может столкнуться с необходимостью работать, непосредственно изменяя пагубные формы поведения. Во-вторых, пациентам может не хватать навыков, и психотерапия должна включать в себя в качестве компонента построение этих навыков. В-третьих, поведенческие задания можно давать для выполнения дома, чтобы помочь проверить когнитивные структуры. Полезны следующие поведенческие методы (хотя здесь мы не обсуждаем подробно все из них): 1) контроль деятельности и планирование, которые создают возможность ретроспективной идентификации и перспективного планирования изменений; 2) планирование действий по развитию навыков и получению удовольствия в целях повышения личной эффективности и подтверждения успешности изменений в переживаниях и полученного от этого удовольствия (или его недостатка); 3) тренировка поведения, моделирование, выработка уверенности в себе и ролевые игры для развития навыков перед первыми попытками более эффективного реагирования как в старых проблемных ситуациях, так и в новых; 4) поведенческие методы обучения релаксации и отвлечению внимания, которые используются при угрозе возникновения тревоги в ходе изменения 5) работа в естественных условиях, когда психотерапевт сопровождает клиента в проблемной ситуации, чтобы помочь ему работать с дисфункциональными схемами и действиями, которые (по какой-либо причине) не поддаются воздействию в обычной ситуации консультирования; 6) поэтапная постановка задач, чтобы пациент мог переживать изменения как постепенно возрастающий процесс, в течение которого трудность каждого компонента может быть отрегулирована и мастерство приобретается постепенно.

Использование ролевых игр

Ролевые игры можно использовать для развития навыка и преодоления комплексов, как при «тренинге ассертивности». Когда ролевая игра посвящена эмоционально значимой теме, обычно пробуждаются дисфункциональные когнитивные структуры. Они могут быть «проработаны» точно так же, как любые другие автоматические мысли.

В обратной ролевой игре психотерапевт может «моделировать» соответствующее поведение. Психотерапевт также может легче визуализировать точку зрения другого человека. Такая обратная ролевая игра — важнейший компонент обучения эмпатии.

Восемнадцатилетняя женщина постоянно чувствовала гнев на своего отца, которого расценивала как «критически настроенного, подлого и стремящегося к контролю». Она заявляла: «Он пытается управлять моей жизнью вместо меня и не одобряет все, что я делаю». Сначала психотерапевт и пациентка разыграли недавнюю сцену пациентки с ее отцом, когда тот спросил, не употребляет ли она наркотики, а она вспылила. Психотерапевт исполнил роль отца. В ходе ролевой игры к пациентке пришли следующие мысли: «Ты не любишь меня!», «Ты пытаешься контролировать все, что меня окружает!», «Ты не имеешь никакого права делать это!». После этого они поменялись ролями.

Пациентка приложила значительные усилия, чтобы справиться с задачей — увидеть ситуацию глазами своего отца. В ходе ролевой игры она начала плакать и объяснила: «Я вижу, что он действительно заботится обо мне и искренне обеспокоен моими делами». Выяснилось, что она настолько замкнулась в себе, что была не в состоянии услышать мнение отца.

Повторное проживание детского опыта

Использование детского опыта при лечении острой стадии депрессии или тревоги не так важно, как при лечении хронического расстройства личности. Нередко мы обнаруживаем, что, после того как депрессия и тревога прошли, у пациентов сохраняется остаточное дисфункциональное мышление, которое не изменяется стандартными когнитивными и поведенческими методами (Beck et al., 1979; Beck et al., 1985). Анализ детского опыта дает возможность понять происхождение дезадаптивных паттернов. Этот подход может расширять перспективу и увеличивать объективность. Одна пациентка, которая критиковала себя, несмотря на постоянную демонстрацию нелогичности и дисфункционального характера ее убеждений, оказалась способна уменьшить самокритику, когда заново пережила сцены из детства, связанные с критикой. «Я критикую себя сейчас не потому, что на это есть основания, а потому что моя мать всегда критиковала меня, и я переняла это от нее».

Проработка с помощью ролевых игр и обратных ролевых игр ключевых взаимодействий из прошлого может мобилизовать эмоции и вызвать «мутацию» схем или глубинных убеждений. Воссоздание «патогенных» ситуаций периода развития часто дает возможность реструктурировать установки, которые были сформированы в течение этого периода. Такие случаи подобны «боевому неврозу»: пациенты должны испытать эмоциональный катарсис, чтобы изменить свои устойчивые убеждения (Beck et al., 1985).

Исполняя в ролевой игре роль того или иного человека из прошлого, пациенты могут воспринять «плохого» родителя (или сиблинга) в более мягких понятиях. Они могут начать сочувствовать или сострадать родителям, которые травмировали их. Они могут увидеть, что сами по себе не были и не являются «плохими», но что у них сформировался неизменный негативный образ, потому что родители были расстроены и изливали свой гнев на них. Они также могут увидеть, что у родителей имелись ригидные нереалистичные стандарты, установленные произвольно. Следовательно, пациенты могут смягчить установки по отношению к себе.

Поведение родителей становится более понятным, и пациенты могут видеть, что их собственные представления о себе не были основаны на логике или рассуждениях, но являются продуктами неразумных реакций родителей. Утверждение родителя «Ты ничего не стоишь» принято как обоснованное и включено в систему убеждений пациента, — даже притом что сам пациент может в действительности не считать этот ярлык оправданным. Логическое обоснование для «повторного проживания» определенных эпизодов детства может быть дано в рамках более общей концепции обучения, зависимого от состояния человека. Чтобы «проверить реальностью» обоснованность схем, происходящих из детства, эти убеждения должны быть извлечены на поверхность. Повторное переживание такого эпизода облегчает появление доминирующих структур («горячих схем») и делает их более доступными. Таким образом, пациент может исправить их.

Использование воображения

Использование воображения при лечении тревоги было подробно описано в другой работе (Beck et al., 1985). Те же самые методы могут быть использованы при лечении расстройств личности, чтобы позволить пациенту снова пережить травмирующие события из прошлого и таким образом реструктурировать опыт и, как следствие, производные от этого опыта установки.

Логическое обоснование этой процедуры требует некоторого рассмотрения: просто говоря о травмирующем событии, можно испытать интеллектуальный инсайт относительно того, почему пациент имеет негативный образ себя, но это не изменяет этот образ. Чтобы изменить образ себя, необходимо вернуться в прошлое и воссоздать ситуацию. Когда взаимодействия оживлены, активизируется неверная интерпретация (наряду с эмоциями) и может произойти когнитивное реструктурирование.

Одинокая женщина 28 лет успешно вылечилась от панического расстройства за 12 посещений психотерапевта. Но было очевидно, что эти симптомы существовали в контексте избегающей личности. Пациентка решила, что она хочет продолжить лечение расстройства личности после того, как паническое расстройство прошло.

У пациентки была типичная для избегающей личности история. Она была склонна избегать социальных ситуаций и, следовательно, имела очень немного контактов с представителями другого

пола, хотя очень стремилась выйти замуж. Кроме того, у нее была высокая профессиональная квалификация, но она не решалась браться за работу, требующую большей ответственности.

В течение первых нескольких сессий с психотерапевтом она получала стандартную когнитивную психотерапию для проблем личности. Во время одного посещения, после того как она не сумела выполнить домашнее задание, она сказала психотерапевту, что особенно расстроилась потому, что не сделала домашнее задание. Психотерапевт спросила ее, где локализовано это чувство. Пациентка ответила, что чувствовала его где-то в животе. Тогда психотерапевт спросила ее, существует ли образ, связанный с тем, что ее расстроило. Она ответила так: «Я вижу, как прихожу на сессию. Вы кажетесь огромнее, чем есть в жизни; вы критикуете и унижаете меня; вы похожи на человека, наделенного огромной властью».

Психотерапевт спросила, бывало ли у нее такое ощущение раньше и когда. Пациентка ответила, что испытывала это много раз в детстве во время стычек с матерью. Ее мать много пила и часто проявляла раздражительность по отношению к ребенку, когда была пьяна. Однажды девочка рано пришла домой из школы, и мать отругала ее за то, что та разбудила ее.

Психотерапевт попросила, чтобы она воссоздала в воображении это переживание. Пациентка представила следующее: «Я пришла домой и позвонила. Мать подошла к двери. Она посмотрела на меня. Она казалась очень большой. Она смотрела на меня и кричала, что я ее разбудила. Она сказала: "Как ты смеешь прерывать мой сон!" Она сказала, что я плохая и поступила неправильно».

Пациентка извлекла из этого опыта (и других подобных случаев) следующее: «Я — плохой ребенок» и «Я не права, потому что расстроила мать».

Психотерапевт попыталась добиться других объяснений подобного поведения. Пациентка рассказала, что мать много пила, была раздражительной и легко срывалась; однако пациентка не могла перестать считать себя ответственной за поведение матери.

Психотерапевт попробовала воздействовать на «взрослую часть» пациентки, чтобы справиться с могущественной памятью. Она «смоделировала» для пациентки то, что было бы подходящим ответом матери, если бы ребенок был зрелым и обладал навыками взрослого. Пациентка опробовала эти возражения с психотерапевтом, играющим роль матери. Каждый раз, когда она использовала их, она все меньше сомневалась, пока наконец не оказалась способна произносить их с определенной степенью уверенности: «Я ни в чем не виновата, ты ведешь себя безрассудно, придираясь ко мне без особых причин. Я не сделала ничего плохого».

Затем пациентка попыталась оживить ситуацию в воображении, снова позвонив в дверной звонок, но на сей раз, вместо того чтобы сжаться и почувствовать свою беспомощность, она уверенно ответила матери, произнеся вышеупомянутые высказывания.

Более года проводились «проработка», использование ролевых игр, индукция фантазий, а также проверка и оценка убеждений. Со временем степень убежденности пациентки существенно изменилась. Вместе с тем произошло и явное изменение симптоматики. Пациентка стала намного менее самокритичной и в конечном счете решилась бросить работу, слишком простую для ее квалификации, и занять более высокую должность.

Другой случай успешного использования воображения: психотерапия одного человека, работавшего на предприятии, принадлежавшем семье его жены. Проблема, с которой он пришел, состояла в том, что он надоел родственникам жены, так как плохо исполнял свои обязанности. Он заявил психотерапевту: «Мой тесть (который также был его боссом) не любит меня. Я знаю, что он будет критиковать меня, поэтому я просто ничего не делаю. Я всегда боюсь, что он будет критиковать меня». Психотерапевт попросил его представить в воображении и подробно описать последнее столкновение с боссом. Пациент представил себе босса, возвышающегося над ним и говорящего: «Я так разочарован в тебе. Разве ты не видишь, какие проблемы ты нам создал?» Эмоции, которые вызвала эта сцена, — позор, печаль и желание удалиться, — были такими же, как и те, которые пациент испытывал еще ребенком, когда мать ругала его за плохую учебу. Когда он был ребенком, никто не помогал ему в учебе, но в случае неудач он слышал: «Никто не учится так плохо, как ты. А мне опять придется унижаться перед учителем».

Пациент научился отличать прошлое от настоящего и «увидел», что, хотя он и реагировал на босса как на свою мать, это все же разные люди, а он уже не ребенок. При этом он не смог бы достичь подобного «эмоционального понимания», сравнивая прошлый и нынешний опыт и поведение босса с поведением матери на словах.

Стратегии, описанные в этой главе, будут более детально описаны в последующих главах в контексте определенных расстройств личности.

Часть II.

Клиническое применение

Глава 6.
Параноидное расстройство личности

«Параноидным» подходом к жизни характеризуются три различных расстройства. Диагнозы *DSM-III-R* шизофрении параноидного типа (ранее — параноидная шизофрения) и бредового (параноидного) расстройства (прежде — параноидное расстройство) характеризуются постоянными параноидными идеями, в то время как параноидное расстройство личности (ПРЛ) отличается необоснованной тенденцией воспринимать действия других как намеренно угрожающие или унижающие, но при этом оно свободно от устойчивой психотической симптоматики (APA, 1987). Шизофрения, параноидный тип и бредовое расстройство вызывали большой теоретический интерес и являлись объектом многих эмпирических исследований; однако нет никакого четкого согласия относительно соотношения между ПРЛ и этими двумя психозами, которые характеризуются паранойей (Turkat, 1985). Так, неясно, можно ли результаты исследований, проведенных на психотической выборке, применить к ПРЛ. Так как ПРЛ до недавнего времени не привлекало к себе особого внимания, клиницистам недостает опыта, на который можно опереться при работе с клиентами, имеющими параноидную, но не психотическую симптоматику.

За последние годы поведенческие и когнитивно-поведенческие исследования были сосредоточены на лечении людей с диагнозом расстройства личности (Fleming & Pretzer, в печати; Pretzer & Fleming, 1989). Теперь существует несколько когнитивно-поведенческих точек зрения на ПРЛ; они могут обеспечить клинициста основой для понимания этого расстройства и эффективных вмешательств.

Особенности параноидного расстройства личности

Рассматривая диагностические критерии, представленные в табл. 6.1, можно заметить, что люди с ПРЛ характеризуются постоянной нереалистичной тенденцией интерпретировать намерения и действия других как унижающие или угрожающие, но они свободны от постоянных психотических симптомов типа бреда и галлюцинаций. Например, Энн, замужняя женщина около 35 лет, работавшая секретарем, обратилась за помощью из-за напряженности, усталости, бессонницы и раздражительности. Она связывала эти проблемы с напряжением на работе. Когда ее попросили описать главные источники стресса на работе, она сообщила: «Люди на работе постоянно роняют вещи и шумят, только чтобы досадить мне» и «Они все время пытаются настроить мою начальницу против меня».

Таблица 6.1. Диагностические критерии для параноидного расстройства личности по *DSM-III-R*

А. Начинающаяся в ранней взрослости и проявляющаяся в различных контекстах глубокая и необоснованная склонность интерпретировать действия людей как преднамеренно унижающие или угрожающие, на что указывают по крайней мере *четыре* признака из следующих:

1) безосновательные ожидания больного, что другие будут эксплуатировать его или причинять ему вред;

2) неоправданные сомнения в лояльности или надежности друзей или партнеров;

3) обнаружение скрытого унижающего или угрожающего значения в нейтральных замечаниях или событиях, например подозрения в том, что сосед выносит мусор рано утром, чтобы досадить ему;

4) больной питает неприязненные чувства и не прощает оскорбления или неуважения;

5) не доверяет другим из-за необоснованного опасения, что информация будет использоваться против него;

6) чувствителен к неуважительному отношению и быстро реагирует гневом или отвечает контратакой;

7) неоправданно ставит под сомнение преданность супруга или внешнего партнера.

Б. Наличие данных симптомов не только в остром периоде шизофрении или бредового расстройства.

Примечание. Из «Руководства по диагностике и статистической классификации психических расстройств» (3-е изд., перераб.), (*Diagnosticand Statistical Manualof Mental Disorders* (3rd ed., rev.). American Psychiatric Association, 1987, Washington, DC: Author, p. 339). ©1987, Американская психиатрическая ассоциация. Воспроизведено с разрешения.

Энн рассказала о своей давнишней склонности приписывать злобные намерения другим и не желала рассматривать альтернативные объяснения действий ее коллег. Она описала себя как

чувствительную, ревнивую, обидчивую и гневливую; однако не было никаких признаков расстройств мышления, галлюцинаций или других симптомов психоза. Несмотря на ясные диагностические критерии, указанные в *DSM-III-R* , поставить диагноз ПРЛ нелегко, так как эти клиенты редко приходят на психотерапию со словами: «Доктор, моя проблема в том, что я параноик». В случае Энн ее паранойя была очевидна с начала лечения, но нередко это расстройство намного менее очевидно в начале лечения и легко может быть не замечено. Например, случай Гэри: холостой рентгенолог 30 лет, имел постоянную подругу, но жил с родителями. Он работал полную рабочую неделю и учился в аспирантуре. Гэри описывал себя как хронически раздражительного и сообщал о проблемах, вызванных беспокойством, приступами тревоги и бессонницей. Он сказал, что пришел на психотерапию, потому что его симптомы усилились из-за трудностей в учебе. В течение интервью он говорил открыто и казался откровенным. Первое интервью отличалось тем, что он не хотел, чтобы его семья знала, что он ходит на психотерапию, «потому что они не верят в это». Он также не хотел использовать свою страховку из-за беспокойства по поводу конфиденциальности, сказав при этом: «В больнице я вижу, сколько конфиденциальной информации лежит доступной для всех».

Когнитивная психотерапия, сфокусированная на обучении навыкам более эффективного преодоления стресса и тревоги и на исследовании его страхов, эффективно проходила обычным образом в течение шести сессий.[5] В начале седьмой сессии он описал несколько случаев, когда методы постепенного расслабления «не работали». При обсуждении этих эпизодов он делал комментарии типа «Похоже, я не хочу расслабляться», «Возможно, я боюсь людей, которые только берут у меня», «Я не хочу, чтобы он украл мою идею» и «Каждая мелочь, которую ты сообщаешь, используется против тебя». Наконец он описал людей вообще как «готовых взять от вас все, что можно». В ходе дальнейшего обсуждения выяснилось, что подозрительный, оборонительный подход к межличностным контактам давно был характерен для него и играл центральную роль как в его проблемах со стрессом и тревогой, так и в его трудностях с эффективным использованием методов расслабления.

Параноидные люди имеют выраженную тенденцию обвинять других в межличностных проблемах, обычно могут ссылаться на различные примеры, которые, как им кажется, оправдывают их мнение о других, с легкостью отрицают или минимизируют свои проблемы и часто слабо осознают, как их поведение связано с их проблемами. Так, когда оценка основана на самоотчетах клиента, может легко показаться, что подозрения клиента оправданы или что проблемы вызваны неуместными действиями других. Кроме того, поскольку особенности паранойи до некоторой степени понятны большинству неспециалистов, параноидные люди, вероятно, признаЮт, что другие считают их параноидными, и понимают, что благоразумно держать свои мысли при себе. Когда дело обстоит так, признаки паранойи имеют тенденцию появляться лишь постепенно в ходе психотерапии и могут легко остаться незамеченными.

Часто легче всего идентифицировать параноидных людей, наблюдая за иными характеристиками, чем очевидно нереалистичные подозрения. В табл. 6.2 представлены несколько возможных признаков параноидного стиля личности, которые могут являться ранними признаками ПРЛ. Люди с ПРЛ обычно весьма вигильны, склонны интерпретировать неоднозначные ситуации как угрожающие и быстро принимают меры предосторожности против воспринимаемых угроз. Они часто воспринимаются другими как любящие спорить, упрямые, занимающие оборонительную позицию и не желающие идти на компромисс. Они также могут проявлять некоторые из характеристик, которые они отмечают у других, и люди воспринимают их как нелюдимых, нечестных, ненадежных, враждебно настроенных и злых.

Таблица 6.2. Возможные признаки параноидного расстройства личности

— Постоянная настороженность, возможно, проявляющаяся в виде тенденции осматривать кабинет психотерапевта в течение интервью и/или часто смотреть в окно.

— Необычная обеспокоенность конфиденциальностью, возможно, включающая нежелание позволить психотерапевту вести записи и/или просьбы, чтобы психотерапевт предпринимал специальные шаги для обеспечения конфиденциальности при ответах на телефонные звонки клиента.

— Тенденция приписывать всю вину за проблемы другим и считать их склонными к плохому обращению и злоупотреблениям.

— Периодически повторяющиеся конфликты с людьми, обладающими властью.

— Необычно твердая уверенность относительно мотивов других людей и трудности в принятии альтернативных объяснений их действий.

— Тенденция придавать большое значение маленьким событиям и поэтому энергично реагировать на них, явно «раздувая из мухи слона».

— Тенденция быстро контратаковать в ответ на воспринимаемую угрозу или неуважение либо

склонность к спорам и сутяжничеству.

— Тенденция получать больше, чем следует, плохого обращения со стороны других или вызывать враждебность со стороны других.

— Тенденция напряженно и тщательно искать факты, подтверждающие негативные ожидания относительно других, игнорируя контекст и усматривая вероятное особое значение и скрытый смысл в обычных событиях.

— Неспособность расслабляться, особенно в присутствии других, возможно, включающая нежелание или неспособность закрывать глаза в присутствии психотерапевта для обучения релаксации.

— Неспособность видеть юмор в различных ситуациях.

— Необычно сильная потребность в самодостаточности и независимости.

— Презрение к тем, кто воспринимается как слабый, мягкий, болезненный или дефектный.

— Трудности при выражении теплых, нежных чувств или при выражении сомнений и чувства надвигающейся опасности.

— Патологическая ревность.

Часто утверждается, что люди с ПРЛ редко приходят на психотерапию, так как не рассматривают свою подозрительность как проблему, отказываются принимать помощь и редко ведут себя настолько неадекватно, что требуется принудительное лечение (например, см.: АРА, 1987, р. 338; Turkat & Banks, 1987; Weintraub, 1981). Однако возможно, что, вместо того чтобы уклоняться от психотерапии, люди с ПРЛ приходят на психотерапию без диагноза такого расстройства. Верно, что эти люди редко стремятся к психотерапии, имея паранойю в качестве своей главной проблемы, но они могут прийти на психотерапию из-за других проблем, таких как неспособность справиться со стрессом, конфликты с начальством или коллегами, семейные проблемы или вредные привычки (курение, пьянство и т. п.). В таких случаях их основные подозрения относительно других могут быть не очевидными. Люди с ПРЛ часто могут хорошо скрывать паранойю, когда этого хотят. Например, паранойя Гэри не была распознана до седьмой психотерапевтической сессии, несмотря на активный интерес психотерапевта к этому расстройству. Распространенность ПРЛ в нашей практике была намного выше, чем сообщается в литературе (например: Turkat, 1985), несмотря на то что это расстройство не столь известно. Неясно, объяснялось ли это более эффективным обнаружением расстройства или некоторой предвзятостью при направлении пациентов, но это говорит в пользу того, что данное расстройство иногда может оставаться нераспознанным.

Теоретические воззрения

В целом паранойя являлась объектом пристального внимания представителей психодинамического подхода от Фрейда до наших дней. Типичный взгляд на это расстройство представлен Шапиро (Shapiro, 1965, р. 54–107). После подробного обсуждения параноидного когнитивного стиля он доказывает, что данное расстройство — результат «проекции» неприемлемых чувств и побуждений на других людей. Теоретически приписывание недопустимых побуждений другим уменьшает или устраняет вину за эти побуждения и, таким образом, служит защитой от внутреннего конфликта. Точка зрения психоанализа, в сущности, состоит в том, что человек неправильно видит в других то, что фактически истинно для него, и в результате испытывает меньше страданий, чем при более реалистичном взгляде на себя и других.

Когнитивно-поведенческая модель паранойи, подобная этому традиционному представлению, была представлена Колби и его коллегами (Colby, 1981; Colby, Faught, & Parkinson, 1979). Эти исследователи разработали метод компьютерного моделирования ответов параноидного клиента в психиатрическом интервью, которое настолько реалистично, что опытные интервьюеры неспособны обнаружить разницу между ответами компьютера и параноидного клиента, если интервью достаточно ограниченно (Kochen, 1981). Модель Колби основана на допущении, что паранойя фактически является набором стратегий, направленных на минимизацию или предупреждение позора и унижения. Предполагается, что параноидный человек твердо уверен в том, что он неадекватен, несовершенен и имеет недостатки. Это, как полагают, приводит к переживанию невыносимого позора и унижения в ситуациях, когда человек является объектом насмешки, ложно обвиняемым или страдает физическим недостатком.

Колби выдвигает гипотезу, что, когда имеется «оскорбительная» ситуация, человек может избегать принимать на себя вину и проистекающие из нее чувства позора и унижения, обвиняя в произошедшем кого-то еще и утверждая, что с ним обращались несправедливо. Гнев и/или тревога, которые следуют из объяснения проблем преследованием со стороны недоброжелателей, как предполагается, более приемлемы, чем позор и унижение, возникающие в случае, если человек должен нести ответственность за происходящее. Колби (Colby, 1981) также отмечает, что атрибуции

параноидного человека оказывают большое влияние на межличностные взаимодействия. Если параноидная личность принимает меры против людей, которым она приписывает недобрые намерения, они могут принять ответные меры, включающие действия, которые потенциально оскорбительны. Таким образом, в действительности параноидное поведение может косвенно усиливать позор и унижение, которые оно должно было уменьшить. Хотя модель Колби весьма интересна, необходимо отметить, что его компьютерной программой моделируется пациент, страдающий бредом и, таким образом, не соответствующий диагнозу ПРЛ.

Собственно ПРЛ явилось объектом внимания многих авторов. Камерон (Cameron, 1963,1974) рассматривает это расстройство как проистекающее из недостатка доверия, которое следует из плохого обращения родителей и недостатка родительской любви. Ребенок начинает ожидать садистского обращения со стороны других, быть вигильным к признакам опасности и действовать быстро, чтобы защитить себя. Настороженность человека приводит к тому, что он обнаруживает едва различимые признаки негативных реакций других людей, затем интенсивно реагирует на них и в то же время слабо осознает влияние на других собственных враждебных установок.

Миллон (Millon, 1981) доказывает, что ПРЛ почти всегда сочетается с другими расстройствами личности, и отдельно обсуждает каждый из пяти главных подтипов. «Параноидно-нарциссический» подтип рассматривается как развивающийся в результате сильного убеждения в собственной значимости вместе с недостатком социальных навыков. Миллон выдвигает гипотезу, что когда эти люди сталкиваются с окружающей средой, которая не разделяет убеждения в их значимости, они скорее предадутся фантазиям на тему собственного всемогущества, чем признают свои недостатки. «Параноидно-антисоциальная» личность рассматривается как развивающаяся в результате преследований и вражды со стороны родителей, что привело к созданию представления о суровом мире и к бунтарскому, враждебному поведению, провоцирующему отвержение со стороны других. «Параноидно-компульсивные» люди рассматриваются как научившиеся стремиться полностью подчиняться жестким родительским правилам и в результате сохранять чрезмерный контроль, проявлять перфекционизм, держаться обособленно и быть самокритичными. Паранойя возникает, когда враждебность, свойственная их резкой самокритике, приписывается другим. Миллон выдвигает гипотезу, что конституционные факторы вносят вклад в развитие «параноидно-пассивно-агрессивной» личности при условии, что реакции младенца на родителей вызывают противоречивые родительские реакции. Впоследствии они приводят к тому, что из ребенка вырастает раздражительный, негативно настроенный и неспособный поддерживать устойчивые отношения человек. Это приводит к социальной изоляции и развитию бреда ревности. Наконец, «декомпенсированная параноидная» личность рассматривается как личность, предрасположенная к развитию психотических эпизодов в ответ на стресс и, возможно, являющаяся связующим звеном между ПРЛ и психозами. Общей теоретической модели ПРЛ Миллон (Millon, 1981) не дает и не обсуждает возможные вмешательства.

Туркат (Turkat, 1985, 1986, 1987; Turkat & Maisto, 1985) недавно представил когнитивно-поведенческую модель развития и поддержания ПРЛ, которая основана на детальном изучении клинических случаев. По мнению Турката, ранние взаимодействия с родителями учат ребенка: «Ты должен опасаться ошибок» и «Ты отличаешься от других». Предполагается, что эти два убеждения приводят к формированию человека, весьма обеспокоенного оценками других, но также вынужденного соответствовать родительским ожиданиям, которые препятствуют принятию его сверстниками. Это в конце концов приводит к тому, что такой человек подвергается остракизму и унижениям со стороны сверстников, но не имеет межличностных навыков, необходимых, чтобы преодолеть остракизм. Следовательно, человек проводит много времени в размышлениях о своем одиночестве и плохом обращении со стороны сверстников и в конечном счете приходит к выводу, что причина преследований в том, что он особенный, а другие завидуют ему. Предполагается, что это «рациональное» объяснение должно облегчить страдания, возникающие в результате социальной изоляции. Доказывается, что вытекающее из этого параноидное представление о других упрочивает изоляцию человека, что обусловлено двумя причинами. Во-первых, ожидание человеком отвержения приводит к тому, что социальные взаимодействия вызывают значительную тревогу. Во-вторых, принятие другими будет угрожать этой системе объяснений.

Когнитивная интерпретация

Многие из представленных выше теоретических взглядов на ПРЛ разделяют представление, что подозрения человека относительно других людей и размышления о преследованиях и плохом обращении со стороны других — это лишь рационализации, используемые для уменьшения субъективных страданий. Другая точка зрения на роль этих когнитивных структур в ПРЛ представлена в проведенном нами когнитивном анализе (Pretzer, 1985, 1988; Freeman et al, 1990). Если мы оценим

когнитивные и межличностные компоненты параноидного подхода к жизни, проявленного Гэри, вышеупомянутым напряженным рентгенологом, обнаружится интересный паттерн. Гэри придерживался трех основных допущений: «Люди недоброжелательны и нечестны», «Они нападут на тебя, если им представится возможность», и «У тебя все будет в порядке, только если ты будешь держаться настороже». Эти допущения приводили к тому, что он ожидал обмана, мошенничества и вреда в межличностных взаимодействиях и полагал, что необходимо постоянно искать признаки обмана, мошенничества и недобрых намерений.

Но эта настороженность в отношении признаков недобрых намерений производила непреднамеренный побочный эффект. Если некто вигилен к признакам того, что другие обманывают и имеют недобрые намерения (но не замечает признаков надежности и добрых намерений), он быстро обнаруживает многие действия, которые, как ему кажется, подтверждают представление о том, что людям нельзя доверять. Это случается как потому, что люди действительно не всегда доброжелательны и заслуживают доверия, так и потому, что многие межличностные взаимодействия достаточно неоднозначны, поэтому может показаться, что люди имеют недобрые намерения, даже если на самом деле их намерения добрые. Настороженность Гэри обеспечивала ему достаточно доказательств в пользу предположения относительно человеческой природы и закрепляла его параноидный подход к жизни.

Кроме того, ожидания Гэри относительно действий других людей оказывали важное влияние на его взаимодействия с коллегами и знакомыми. Он избегал близости из-за страха, что эмоциональный контакт и открытость, свойственная близким отношениям, увеличат его уязвимость. К тому же он вообще был осторожен и занимал оборонительную позицию при взаимодействии с другими людьми, был склонен чрезмерно реагировать даже на небольшое неуважение и быстро контратаковал, когда полагал, что с ним плохо обращаются. Эти действия не способствовали тому, чтобы другие были любезны и добры к нему, а скорее имели тенденцию вызывать недоверие и враждебность со стороны других. Таким образом, ожидания Гэри привели к такому взаимодействию с окружающими, которое вызывало с их стороны ожидаемое им поведение, и это служило источником переживаний, постоянно подтверждающих, что люди плохо обращаются с ним. Эти переживания, конечно, поддерживали его негативные ожидания относительно других людей, а также закрепляли его параноидный подход к жизни.

Третьим фактором является «собственная эффективность» — конструкт, который Бандура (Bandura, 1977) определил как субъективную оценку человеком своей способности эффективно справляться с определенными проблемами или ситуациями. Если бы Гэри был уверен, что он может легко разгадать хитрости людей и воспрепятствовать их нападению, он испытывал бы меньшую потребность быть постоянно начеку и, следовательно, был бы менее насторожен и менее склонен к обороне. Если бы он не был уверен, что не сможет эффективно справиться несмотря на все усилия, он, вероятно, отказался бы от своей настороженности и оборонительной позиции и выбрал бы какую-либо другую копинг-стратегию. В любом случае те действия, которые закрепляли его паранойю, могли бы ослабнуть или прекратиться. Однако Гэри сомневался в своей способности эффективно общаться с окружающими, не оставаясь постоянно настороженным; в то же время он был уверен, что, сохраняя настороженность, по крайней мере останется в живых. Таким образом, он оставался предусмотрительным и настороженным, и это укрепляло его паранойю.

В дополнение к описанным выше тенденциям отмечать факты и иметь переживания, которые подтверждают допущения параноидного человека, картина мира параноидной личности почти не отражает переживаний, которые должны демонстрировать, что другие люди не всегда злы. Так как клиент предполагает, что люди имеют недобрые намерения и нечестны, случаи, в которых они кажутся мягкими или полезными, могут быть с легкостью интерпретированы как попытка войти в доверие, чтобы обеспечить возможность для нападения или эксплуатации. Как только действия окружающих интерпретируются как вводящие в заблуждение, «факт» того, что люди пытались обмануть клиента, действуя доброжелательно или вызывая доверие, по-видимому, доказывает, что их намерения недобры. Это приводит к обычно наблюдаемой склонности параноидных людей отвергать «очевидные» интерпретации действий других и искать «реальное» основное значение. Обычно этот поиск продолжается до тех пор, пока не будет найдена интерпретация, согласующаяся с предвзятым мнением параноидного человека.

Убежденность параноидной личности в том, что она столкнулась с опасными ситуациями и должна рассчитывать на собственные силы, объясняет многие характеристики ПРЛ. Человек, вигильный к признакам опасности, действует осторожно и целенаправленно, избегая неосмотрительности и ненужного риска. Поскольку параноидная личность полагает, что наибольшая опасность исходит от других, она внимательно следит за признаками опасности или обмана при взаимодействиях, постоянно высматривая тонкие намеки на истинные намерения человека. В мире, где «человек человеку волк», показывать слабость — значит навлекать на себя нападение, поэтому

параноидная личность тщательно скрывает свои слабые места, недостатки и проблемы через обман, опровержение, оправдания или обвинение окружающих. Поскольку «то, что другие знают о тебе, может быть использовано против тебя», параноидная личность тщательно охраняет свои секреты, стараясь скрыть даже тривиальную информацию и в особенности подавляя проявления собственных эмоций и намерений. В опасной ситуации любые ограничения свободы заставляют такого человека чувствовать себя пойманным в ловушку или увеличивают уязвимость. Так, параноидная личность склонна сопротивляться правилам и инструкциям, если они не соответствуют ее планам. Чем сильнее другие люди, тем больше они рассматриваются как источник угрозы. Таким образом, параноидная личность тонко чувствует иерархию власти, одновременно восхищаясь людьми, обладающими властью, и боясь их, надеясь найти влиятельного союзника, но опасаясь предательства или нападения. Такой человек обычно не желает «сдаваться» даже по незначительным вопросам, так как компромисс рассматривается как признак слабости, а проявление слабости может провоцировать нападение. Но параноидная личность отказывается прямо нападать на обладающих властью людей и рисковать спровоцировать их на нападение. В результате возникает тайное или пассивное сопротивление.

Когда человек ищет признаки угрозы или нападения и предполагает недобрые намерения, любое неуважение или плохое обращение расцениваются им как злой умысел, заслуживающий возмездия. Когда люди возражают, что их действия были неумышленными, случайными или оправданными, их возражения рассматриваются как свидетельство обмана и как доказательство их недобрых намерений. Поскольку внимание сосредоточено на плохом обращении со стороны окружающих, а любые проявления явно хорошего обращения с их стороны не принимаются в расчет, ситуации постоянно кажутся несправедливыми. Так как человек полагает, что с ним обращались несправедливо и будут плохо обращаться в будущем, он не стремится обращаться с окружающими хорошо, если это не связано со страхом возмездия. Таким образом, когда параноидный человек чувствует себя достаточно сильным, чтобы сопротивляться возмездию со стороны других или избежать обмана, он, вероятно, будет предпринимать злонамеренные, вводящие в заблуждение, враждебные действия, которых ожидает от людей.

Имеется множество различий между этим взглядом на ПРЛ и взглядом, представленным Колби (Colby, 1981; Colby et al, 1979) и Туркатом (Turkat, 1985). Во-первых, приписывание человеком недобрых намерений другим людям рассматривается как центральная характеристика этого расстройства, а не сложный побочный эффект иных проблем. Таким образом, нет никакой необходимости предполагать, что эта подозрительность по отношению к окружающим обусловлена «проекцией» неприемлемых побуждений или является попыткой избежать позора и оскорбления через обвинение других людей (Colby et al., 1979) либо является рационализацией, используемой для преодоления социальной изоляции (Turkat, 1985). Во-вторых, в то время как у этих клиентов обычно наблюдается отмеченный Туркатом страх ошибок, он рассматривается как вторичный по отношению к допущению, что окружающие опасны и злы, а не как центральный для этого расстройства. Наконец, в этой модели подчеркивается важность чувства собственной эффективности. По этому вопросу отсутствуют эмпирические доказательства того, какая модель ПРЛ более надежна.

При обсуждении ПРЛ Туркат (Turkat, 1985) подробно излагает идеи относительно развития этого расстройства. Мы не разработали столь же детальной точки зрения на этиологию ПРЛ, так как трудно определить точность полученных от параноидных клиентов анамнестических сведений. Так как представления параноидных клиентов о людях и их воспоминания о прошлых событиях часто искажены, их сообщения о переживаниях детства также могут быть весьма искаженными. Однако интересно отметить, что параноидная позиция была бы адаптивна, если бы человек столкнулся действительно с опасной ситуацией, в которой другие люди могли оказаться явно или тайно враждебными. Многие параноидные клиенты описывают свою жизнь в семьях как весьма опасную. Например, Гэри рассказал длинную историю о том, что над ним смеялись из-за любого признака чувствительности или слабости, а также что его обманывали родители и сиблинги и он подвергался вербальной и физической агрессии со стороны членов семьи. Кроме того, он сообщил, что родители открыто учили его, что мир устроен по принципу «человек человеку волк» и нужно быть твердым, чтобы остаться в живых. После подобных сообщений создается впечатление, что жизнь во враждебной или параноидной семье, где действительно необходима настороженность, может быть существенным вкладом в развитие ПРЛ.

Эта гипотеза выглядит привлекательно, но остается умозрительной, пока не собраны более объективные анамнестические сведения. Всесторонний теоретический анализ этиологии ПРЛ также должен принимать во внимание исследования, в которых обнаружена необычно высокая распространенность расстройств «шизофренического спектра» среди родственников людей с диагнозом ПРЛ (Kendler & Gruenberg, 1982). Эти данные увеличивают вероятность влияния генетического фактора на этиологию расстройства, но еще непонятны механизмы, посредством которых

осуществляется такая связь.

Подходы к лечению

На основе своей компьютерной модели Колби и его коллеги (Colby et al., 1979) предполагают, чтобы наиболее эффективно было бы использовать вмешательства, которые сфокусированы на: 1) разубеждении клиента в том, что он неадекватен или имеет недостатки; 2) ограничении сферы действия событий, которые воспринимаются как свидетельство неадекватности; 3) противодействии внешним атрибуциям клиента относительно источников его страданий. Они доказывают, что прямое противодействие определенным подозрениям и утверждениям окажется неэффективным и трудным, потому что оно не влияет на причины расстройства. Авторы поясняют, что эти предположения основаны только на компьютерном моделировании и не были клинически подтверждены. К сожалению, поскольку клиент, моделируемый в модели Колби, не удовлетворяет критериям *DSM-III-R* для ПРЛ, неясно, до какой степени рекомендуемый подход к вмешательству можно использовать при ПРЛ.

Туркат с коллегами не дают общих рекомендаций относительно лечения ПРЛ, но приводят множество детальных обсуждений клиентов с этим расстройством (Turkat, 1985, 1986, 1987; Turkat & Maisto, 1985). Примером, который наиболее подробно иллюстрирует лечение, является описанный Туркатом и Мэйсто (Turkat & Maisto, 1985) случай пациента Е. Проблемы этого клиента объяснялись тем, что у него развилась гиперсенситивность к оценкам его другими людьми и отмечался недостаток социальных навыков, необходимых, чтобы быть принятым ими. Это привело к образованию замкнутого круга, когда он был обеспокоен мнением окружающих и пытался получить их одобрение и избежать неодобрения, но делал это так, что вызывал критику. В ответ на эту критику Е. отдалялся и размышлял о плохом обращении с ним со стороны других. Его когнитивные структуры относительно преследования окружающих рассматривались как рационализация, предназначенная для того, чтобы справиться с текущими неудачами и размышлениями о неудачах. На основе этого объяснения Туркат и Мэйсто (Turkat & Maisto, 1985) выбрали вмешательства, сосредоточенные на уменьшении тревоги клиента относительно оценки другими и на улучшении его социальных навыков, способствующих адекватности, и уделяли лишь ограниченное внимание его параноидному стилю мышления. Хотя лечение не было закончено на момент публикации, авторы сообщили, что после семи месяцев психотерапии по два раза в неделю был достигнут значительный прогресс.

Взгляд на ПРЛ, представленный в этой главе, предполагает подход к лечению, который несколько отличается от подхода Колби и Турката. На первый взгляд может показаться, что эта трактовка создает мало возможностей для эффективного вмешательства. Цель вмешательства может состоять в том, чтобы изменить основные допущения человека, так как они являются основой расстройства. Но как можно надеяться эффективно противостоять этим допущениям, когда вигильность клиента и параноидный подход к взаимодействиям постоянно вызывают переживания, которые, по-видимому, подтверждают эти допущения? Если бы было возможным заставить клиента ослабить настороженность и оборонительную позицию, это упростило бы задачу изменения его допущений. Но как психотерапевт может надеяться склонить клиента ослабить настороженность или лучше обращаться с людьми, пока клиент убежден, что они имеют недобрые намерения? Если бы эти два замкнутых круга составляли всю когнитивную модель, возможностей для эффективного когнитивно-поведенческого вмешательства в работе с этими клиентами практически не было бы. Но в данной модели важную роль играет также чувство собственной эффективности клиента.

Чрезмерная вигильность и оборонительная позиция параноидного человека являются продуктом убеждения, что они необходимы для сохранения собственной безопасности. Если можно увеличить чувство собственной эффективности клиента относительно проблемных ситуаций до такой степени, что он будет уверен, что сможет справиться с проблемами, то чрезмерная настороженность и оборонительная позиция будут казаться не столь необходимыми и клиент сможет до некоторой степени ослабить их. Это существенно уменьшило бы остроту симптоматики клиента, облегчило бы доступ к его когнитивным структурам с помощью обычных методов когнитивной психотерапии и сделало бы возможным убедить его попробовать альтернативные способы преодоления межличностных конфликтов. Следовательно, первичная стратегия в когнитивном лечении ПРЛ состоит в том, чтобы увеличить чувство собственной эффективности клиента перед тем, как попытаться изменить другие аспекты автоматических мыслей клиента, межличностного поведения и основных допущений.

Установление отношений сотрудничества с параноидными клиентами

Первая проблема, возникающая при когнитивной психотерапии ПРЛ, — это установление рабочих взаимоотношений. Очевидно, что это непростая задача, если работаешь с тем, кто

предполагает, что все люди, вероятно, окажутся злыми и нечестными. Прямые попытки убедить клиента доверять психотерапевту, вероятно, будут восприняты клиентом как попытка обмана и поэтому лишь усилят подозрения. Подход, который оказывается наиболее эффективным, состоит в том, что психотерапевт открыто принимает недоверие клиента, как только оно стало очевидным, и постепенно демонстрирует свою надежность через действие, а не оказывает на клиента давление, чтобы тот немедленно доверял ему. Например, как только стало ясно, что Гэри, уже известный нам рентгенолог, в целом не доверяет людям, с ним стали говорить следующим образом.

Гэри: Я полагаю, что это я и делаю все время — ожидаю от людей худшего. Тогда меня не застанут врасплох.

Психотерапевт: Вы знаете, меня поражает, что эта тенденция сомневаться в окружающих и не спешить доверять им похожа на то, что, вероятно, время от времени происходит во время психотерапии.

Гэри: Хм… (*Пауза.*)

Психотерапевт: В конце концов, откуда вам знать, безопасно доверять мне или нет? Люди говорят, что у меня честное лицо, но что это доказывает? У меня есть ученая степень, но вы знаете, что это не свидетельствует о моей святости. Хотелось бы надеяться, что то, что я говорю, имеет смысл, но вы не настолько глупы, чтобы доверять кому-то только потому, что он красиво говорит. Похоже, бывает трудно решить, довериться психотерапевту или нет, и это ставит вас в сложное положение. Трудно получить помощь, не доверяя хотя бы немного, но трудно понять, безопасно ли доверять…. Как все это звучит?

Гэри: Пока все правильно.

Психотерапевт: Возможный выход из этой дилеммы состоит в том, чтобы не торопясь разобраться с тем, как хорошо я выполняю то, что говорю. Намного легче доверять действиям, чем словам.

Гэри: Это имеет смысл.

Психотерапевт: Теперь, если мы собираемся использовать этот подход, мы должны решить, над чем работать в первую очередь.

Затем психотерапевт должен взять себе за правило доказывать свою надежность. Это предполагает осторожность в действиях, чтобы предлагать только то, что он может довести до конца, а также ясность и последовательность, активное разъяснение клиенту его заблуждений и открытое признание любых упущений. Психотерапевту важно помнить, что установление доверия с наиболее параноидными людьми требует времени, и воздерживания от давления на клиента, выражающегося в обсуждении мыслей или чувств, к которым клиент сенситивен, пока не установится достаточное доверие. Стандартные когнитивные методы, такие как использование «Записи дисфункциональных мыслей», могут требовать от клиента слишком большой откровенности, чтобы применяться на ранних этапах психотерапии. Поэтому в начале психотерапии целесообразно использовать только поведенческие вмешательства, причем сосредоточившись на одной проблеме.

В когнитивной психотерапии всегда важно сотрудничество, но оно особенно важно при работе с параноидными пациентами. У них может возникнуть сильная тревога или гнев, если они почувствуют принуждение, несправедливость или будут поставлены в унизительное положение. Так как эти клиенты редко считают свою паранойю проблемой, над которой они хотят работать, важно сосредоточиться на понимании клиентом целей психотерапии и их достижении. Некоторые психотерапевты боятся, что если сосредоточиться на стрессе клиента, его семейных проблемах и т. д., «реальная проблема» паранойи может остаться незамеченной. Но если при достижении целей клиента использовать подход, направленный на решение проблем, быстро станет очевидным, каким образом его паранойя влияет на другие проблемы. Это создаст ситуацию, в которой клиента можно вовлечь в совместную работу над его недоверием к другим людям и его чувством уязвимости, так как это является важным шагом к достижению целей клиента в психотерапии.

Начальный этап психотерапии может быть весьма напряженным для параноидных клиентов, даже когда психотерапевту кажется, что идет поверхностная работа, которая не таит в себе никакой угрозы. Простое участие в психотерапии требует, чтобы клиент был вовлечен во множество действий, предполагающих самораскрытие, осознание своих слабостей и доверие другому человеку, которого параноидные люди воспринимают как очень опасного. Это напряжение может быть несколько уменьшено, если сразу сосредоточиться на наименее болезненных темах, начинать с поведенческих вмешательств и обсуждать проблемы косвенно (то есть с помощью аналогий или обсуждая, как «некоторые люди» реагируют в таких ситуациях), а не оказывать давления для непосредственного самораскрытия. Один из эффективных способов увеличить удовлетворенность параноидного клиента психотерапией — предоставить ему возможность дополнительного контроля при определении содержания сессий, назначении домашних заданий и выборе времени для сессий; Клиент может

чувствовать себя намного более комфортно и быстрее добиваться успеха, если сессии проводятся реже, чем обычно; также весьма полезно участие клиента в определении частоты сессий. Для многих параноидных клиентов оптимальным оказалось расписание, при котором сессии проводились раз в три недели.

Когнитивные и поведенческие вмешательства

Когда центр внимания психотерапевта смещается с работы по установлению отношений сотрудничества на работу по достижению начальных целей клиента, наиболее продуктивно сосредоточить особое внимание на развитии чувства собственной эффективности клиента в проблемных ситуациях (то есть повышать убежденность клиента в том, что он может справиться с любыми возникающими проблемами). Есть два основных способа сделать это. Во-первых, если клиент фактически способен справиться с ситуацией, но переоценивает угрозу, созданную этой ситуацией, или недооценивает свою способность справиться с ней, чувство собственной эффективности может быть повышено вмешательствами, которые приводят к реалистичной оценке своих способностей в этой ситуации. Во-вторых, если клиент не способен справиться с ситуацией или если имеется возможность для усовершенствования его копинг-навыков, чувство собственной эффективности может быть повышено вмешательствами, которые развивают копинг-навыки. На практике наибольший эффект достигается при одновременном использовании этих двух подходов.

При работе с Энн (секретарь, о которой упоминалось выше) первые попытки психотерапевта непосредственно заняться ее склонностью к формированию параноидных идей («Они шумят чтобы достать меня») оказались неэффективны. Однако были весьма полезны вмешательства, направленные, во-первых, на то. чтобы помочь ей оценить, сколько опасности несли бы в себе такие действия, если бы ее коллеги действительно пытались спровоцировать ее, а во-вторых, на то, чтобы помочь ей переоценить свою способность разрешить эту ситуацию.

Психотерапевт: Вы реагируете так, как будто это очень опасная ситуация. Что вам угрожает?

Энн: Они будут продолжать ронять вещи и шуметь, чтобы раздражать меня.

Психотерапевт: Вы уверены, что вам больше ничего не угрожает?

Энн: Да.

Психотерапевт: Итак, вы не думаете, что они могут напасть на вас или сделать что-то еще?

Энн: Нет, они не сделают этого.

Психотерапевт: Если они продолжат ронять вещи и шуметь, насколько это будет плохо?

Энн: Как я и сказала вам, это действительно раздражает. Это действительно бесит меня.

Психотерапевт: Это может продолжаться долго, как происходило в течение многих лет.

Энн: Да. Это бесит меня, но я могу привыкнуть к этому.

Психотерапевт: И вы знаете, что если это будет продолжаться, по крайней мере, вы сможете справляться с этим, как делали до сих пор, — сдерживая раздражение в себе, затем вымещая его на вашем муже, когда приходите домой. Представьте, что мы могли бы придумать какие-нибудь способы еще лучше справляться с раздражением или сделать так, чтобы они меньше досаждали вам. Вы в этом заинтересованы?

Энн: Да, звучит неплохо.

Психотерапевт: Другая опасность, о который вы упомянули ранее, состоит в том, что они могли бы поговорить с вашей начальницей и настроить ее против вас. На ваш взгляд, давно они пытаются делать это?

Энн: С тех пор, как я работаю там.

Психотерапевт: И насколько успешно они это делают?

Энн: Не слишком.

Психотерапевт: Видите ли вы какие-либо признаки того, что теперь они достигнут большего успеха, чем до сих пор?

Энн: Полагаю, что нет.

Психотерапевт: А ваша внутренняя реакция такова, как будто ситуация на работе действительно опасна. Но когда вы останавливаетесь и обдумываете ее, вы приходите к выводу, что худшее, что они могут сделать, это постоянно раздражать вас, и даже если мы не придумаем ничего нового, вы сможете достаточно эффективно справляться с этим. Это правда?

Энн *(улыбаясь):* Полагаю, что да.

Психотерапевт: И если мы сможем придумать какие-нибудь способы лучше справиться с напряжением или с этими людьми, они будут причинять вам меньше вреда.

Очевидно, что один лишь этот диалог не произвел разительных перемен в Энн, но после этой сессии она сообщила о значительном уменьшении вигильности и напряжения на работе, что, очевидно,

произошло из-за ее восприятия ситуации на работе как менее угрожающей. Это привело к тому, что она замечала меньше явных провокаций и таким образом чувствовала меньше гнева и фрустрации. Дополнительные вмешательства, сосредоточенные на переоценке воспринимаемых угроз, управлении напряжением, повышении притязаний и на улучшении общения в семье закончились быстрым улучшением. По сообщению ее мужа и ее собственным словам, она продолжала оставаться несколько осмотрительной и настороженной. Однако она больше не отвечала чрезмерными реакциями на незначительные провокации, была способна быть напористой, а не враждебной, больше не набрасывалась на мужа из-за раздражения на работе и намного комфортнее чувствовала себя при визитах к родственникам мужа.

В случае с Гэри, молодым рентгенологом, к тому времени, когда у него было обнаружено ПРЛ, описанные выше успешные вмешательства для управления напряжением уже существенно укрепили его чувство собственной эффективности. Но он все еще чувствовал, что бдительность была необходима во многих безопасных ситуациях, потому что сомневался в своей способности справиться с ними, если не будет постоянно настороже. Стало ясно, что он имел очень строгие стандарты компетентности в работе и в социальных взаимодействиях и рассматривал компетентность в контексте дихотомии — каждый был либо полностью компетентен, либо полностью некомпетентен. Была использована «техника континуума», чтобы помочь ему переоценить свои представления о компетентности.

Психотерапевт: Создается впечатление, что ваша напряженность и трата времени на двойную проверку своей работы обусловлены тем, что вы считаете себя некомпетентным и думаете: «Я должен быть осторожным или действительно все испорчу».

Гэри: Безусловно! Но это не просто как испортить что-то незначительное; от того, что я делаю, может зависеть чья-то жизнь.

Психотерапевт: Хм. Мы обсуждали вашу компетентность с точки зрения того, как оценивались ваши успехи в учебе и как вы работали с тех пор без особого прогресса. Я перестаю понимать, что для вас означает «компетентность». Что требуется, чтобы считать кого-то действительно компетентным? Например, если прилетит марсианин, ничего не знающий о людях, и захочет узнать, каким способом выяснить, кто действительно компетентен, что вы ему скажете?

Гэри: Это тот, кто хорошо делает свою работу, чем бы он ни занимался.

Психотерапевт: Имеет ли значение, что делает человек? Если кто-то делает хорошо что-то легкое, компетентен ли он в ваших глазах?

Гэри: Нет, чтобы действительно быть компетентным, нельзя делать что-то легкое.

Психотерапевт: Получается, что человек должен делать что-то трудное и иметь хорошие результаты, чтобы считаться компетентным.

Гэри: Да.

Психотерапевт: И это все? Вы делали что-то трудное и преуспевали в этом, но вы не чувствуете себя компетентным.

Гэри: Но я все время нахожусь в напряжении и переживаю за работу.

Психотерапевт: Вы полагаете, что действительно компетентный человек не напряжен и не волнуется?

Гэри: Да. Он уверен в себе. Он расслаблен, когда занимается делом, и не беспокоится о нем потом.

Психотерапевт: Итак, компетентный человек — это тот, кто берется за трудные задачи и хорошо выполняет их, расслаблен во время работы и не переживает за нее впоследствии. Это все или компетентность означает что-то еще?

Гэри: Ну ему не нужно быть совершенным, если он замечает свои ошибки и знает свои пределы.

Психотерапевт: Я уже записал *(психотерапевт делал заметки)*, что действительно компетентный человек хорошо выполняет трудные задачи и получает хорошие результаты, он расслаблен, когда занимается делом, и не переживает за него впоследствии, он замечает свои ошибки и исправляет их, а также знает свои пределы. Это все, что вы имеете в виду, когда используете слово «компетентный»?

Гэри: Да, я полагаю, это все.

Психотерапевт: Из того, что вы говорили прежде, у меня сложилось впечатление, что вы рассматриваете компетентность в черно-белых тонах — ты либо компетентен, либо нет.

Гэри: Конечно. Так оно и есть.

Психотерапевт: Как можно было бы назвать людей, которые некомпетентны? «Некомпетентные» подходит?

Гэри: Да, вполне.

Психотерапевт: Что характеризует некомпетентных людей? По каким признакам вы узнали бы их?

Гэри: Они все портят. Они все делают неправильно. Они даже не заботятся о том, правильно ли они что-то делают или как они выглядят или чувствуют себя. У них ничего не получается.

Психотерапевт: Это все?

Гэри: Да, думаю, что все.

Психотерапевт: Хорошо, давайте посмотрим, как вы соответствуете этим стандартам. Одна из характеристик некомпетентного человека — то, что он все портит. Вы все портите?

Гэри: Ну нет. С большинством дел я справляюсь хорошо, но я действительно напрягаюсь, когда делаю их.

Психотерапевт: И вы сказали, что некомпетентный человек не заботится, все ли правильно он делает и как на него смотрят другие. Итак, ваша напряженность и обеспокоенность не согласуются с представлением о том, что вы некомпетентны. Если вы не являетесь некомпетентным, следует ли из этого, что вы вполне компетентны?

Гэри: Я не чувствую себя компетентным.

Психотерапевт: А по этим стандартам вы и не являетесь таковым. Вы справляетесь с трудной работой, и вам удается замечать свои ошибки, но вы не расслаблены и беспокоитесь. По этим стандартам вы не являетесь полностью некомпетентным или полностью компетентным. Как это согласуется с представлением о том, что человек либо компетентен, либо некомпетентен?

Гэри: Я полагаю, возможно, что это не просто одно или другое.

Психотерапевт: Когда вы описывали, как представляете себе компетентность и некомпетентность, я записал ваши критерии в блокноте. Предположим, что мы нарисовали шкалу от 0 до 10, где 0 — «абсолютно, полностью некомпетентен» и 10 — «полностью и всегда компетентен» [см. рис. 6.1]. Как бы вы оценили вашу компетентность в аспирантуре?

Рис. 6.1. Континуум компетентности, основанный на дихотомичном представлении Гэри о компетентности

Гэри: Сначала я хотел сказать «три», но, наверное, можно сказать «семь» или «восемь», но я никогда не думал об этом до сих пор.

Психотерапевт: Как бы вы оценили вашу компетентность на работе?

Гэри: Полагаю, что это было бы «восемь» или «девять» в плане результата, но я не расслаблен, поэтому это где-то около «трех». Я хорошо замечаю свои ошибки, пока я не волнуюсь, поэтому это было бы «восемь», а по знанию своих пределов, наверное, «девять» или «десять».

Психотерапевт: Как бы вы оценили вашу стрельбу по тарелочкам?

Гэри: Это было бы «шесть», но это не имеет значения, я занимаюсь этим для развлечения.

Психотерапевт: Итак, я отметил несколько важных пунктов. Во-первых, подумав, вы говорите, что компетентность — это не «все или ничего». Тот, кто несовершенен, не обязательно некомпетентен. Во-вторых, характеристики, которые вы рассматриваете как признаки компетентности, не обязательно хорошо согласуются друг с другом. Вы даете себе оценки «восемь» и «девять» в плане качества вашей работы, но «три» в плане расслабленности и отсутствия беспокойства. Наконец, в некоторых ситуациях, например на работе, вам очень важно быть компетентным, в других же ситуациях, например при стрельбе по тарелочкам, это не очень важно.

Гэри: Да, я полагаю, что не должен все время показывать свои лучшие результаты.

Психотерапевт: Что вы думаете о такой мысли: если человек компетентен, он будет расслабленным, а если он напряженный, это значит, что он некомпетентен?

Гэри: Не знаю.

Психотерапевт: Конечно, кажется, что, если человек уверен, что он может справиться с ситуацией, он, вероятно, будет менее напряженным в связи с ней. Но я не уверен в обратном: если вы напряжены, это доказывает, что вы некомпетентны. Когда вы напряжены и обеспокоены, это облегчает или затрудняет вам хорошее выполнение работы?

Гэри: Это значительно затрудняет мне хорошее выполнение работы. Мне трудно сосредоточиться, и я становлюсь забывчивым.

Психотерапевт: Поэтому если кто-то хорошо выполняет работу, будучи напряженным и взволнованным, он справляется с этой проблемой.

Гэри: Да.

Психотерапевт: Некоторые люди утверждают, что хорошая работа в сочетании с преодолением трудностей свидетельствует о больших способностях, чем хорошая работа, когда все получается легко. Что вы думаете об этом?

Гэри: В этом есть смысл.

Психотерапевт: Вы же хорошо справлялись с работой, несмотря на то что действительно были напряжены и обеспокоены. До сих пор вы рассматривали вашу напряженность как доказательство того,

что вы действительно некомпетентны и справляетесь с работой только потому, что вы осторожны. Иначе говоря, если вы способны хорошо выполнять работу вопреки тому, что вы встревожены, это значит, что вы действительно компетентны, а не наоборот. Что, по-вашему, ближе к истине?

Гэри: Может быть, я все-таки довольно способный, но тем не менее мне не нравится быть напряженным.

Психотерапевт: Конечно, и мы будем продолжать работать над этим, но главное, что быть напряженным не обязательно подразумевает, что вы некомпетентны. Есть еще одно место, находясь в котором вы чувствуете себя напряженным и считаете себя некомпетентным, — это социальные ситуации. Давайте посмотрим, так ли вы некомпетентны, как вам кажется.

Как только Гэри решил, что его способность хорошо справляться со стрессовыми ситуациями, несмотря на напряжение и тревогу, в действительности была признаком компетентности скорее, чем некомпетентности, его чувство собственной эффективности существенно усилилось. После этого он был намного меньше склонен занимать оборонительную позицию и поэтому более склонен раскрывать свои мысли и чувства, критически относиться к своим убеждениям и допущениям и опробовать новые подходы к проблемным ситуациям. Это дало возможность использовать стандартные когнитивные методы с большей эффективностью.

Другой ряд вмешательств, которые были особенно эффективны, состоял в использовании техники континуума для работы с дихотомичным представлением Гэри о надежности людей. После этого ему говорили о том, что он мог бы узнавать, какие люди могут оказаться заслуживающими доверия, замечая, как хорошо они оправдывают доверие в простых делах, и задаваясь вопросом о том, была ли его действительно злая семья типичной или нет по сравнению с остальными людьми. После этого он был способен постепенно проверять свои негативные представления о намерениях других людей, доверяя коллегам и знакомым по мелочам и наблюдая их действия. Он был приятно удивлен, обнаружив, что мир в целом был значительно менее зол, чем он предполагал, что существуют не только злые люди, но также люди доброжелательные или безразличные, и что он может эффективно справиться с ситуацией, когда с ним плохо обращаются.

Выявляя восприятие клиентом других людей как злых, важно не предполагать, что представления клиента обязательно искажены. Часто оказывается, что в окружении параноидных людей действительно есть те, кто относится к ним с неприязнью или с открытой враждой. Цель состоит в том, чтобы позволить клиенту различать людей, которым в целом безопасно доверять, людей, которым можно доверять до некоторой степени, и людей, которые злы или ненадежны, а не просто предполагать, что все люди злы. Также немаловажно рассмотреть влияние на убеждения клиента значимых других. Параноидные люди нередко женятся на людях, которые также параноидны. В таких случаях супруг может активно выступать против изменений, над которыми работает психотерапевт, и могут быть необходимы сессии для семейной пары.

Одновременно с когнитивными вмешательствами важно проводить работу по изменению дисфункциональных межличностных взаимодействий клиента, так чтобы клиент больше не вызывал враждебных реакций других, которые поддержали бы его параноидные представления. В случае с Гэри это требовало сосредоточения на определенных проблемных ситуациях, когда они возникли. Оказалось важным заниматься когнитивными структурами, которые блокировали соответствующее утверждение, например: «Из этого не выйдет ничего хорошего», «Они просто рассердятся» и «Если они узнают, чего я хочу, они будут использовать это против меня». Было также необходимо провести работу по улучшению его навыков уверенного поведения и ясной коммуникации с помощью тренинга ассертивности. Когда это привело к улучшению его отношений с коллегами и подругой, стало довольно просто использовать направляемое открытие, чтобы помочь ему осознать, как прежний стиль взаимодействий непреднамеренно вызвал враждебное отношение к нему со стороны других людей.

Психотерапевт: Итак, похоже, что когда вы прямо высказываете свое мнение, это неплохо работает. Как это воспринимают другие люди?

Гэри: Я полагаю, довольно хорошо. Сью и я прекрасно ладим, и на работе я не так напряжен.

Психотерапевт: Интересно. Помню, вас беспокоило, что люди могут рассердиться, если вы будете говорить прямо. Выходит, что это, наоборот, во многом помогает.

Гэри: Ну у меня было несколько стычек, но они довольно быстро разрешились.

Психотерапевт: Это явное изменение. Прежде, если вы с кем-нибудь сталкивались, это долго беспокоило вас. У вас есть какие-нибудь объяснения этих изменений?

Гэри: Вообще-то нет. Просто похоже, что я долго не думаю об этом.

Психотерапевт: Не могли бы вы рассказать мне об одной из стычек, которая произошла на этой неделе?

(Психотерапевт и Гэри подробно обсудили разногласия с его боссом.)

Психотерапевт: Похоже, что здесь есть два отличия по сравнению с тем, как вы раньше

справлялись с такими ситуациями: вы вступили в разговор, вместо того чтобы уйти рассерженным, и вы рассказали ему о том, что вас раздражает. Считаете ли вы, что это помогло разрешить проблему быстрее, чем прежде?

Гэри: Может быть.

Психотерапевт: У многих людей это так. Если оказывается, что вам это помогает, это еще один аргумент в пользу того, что нужно говорить прямо. Если они соглашаются с тем, что вы хотите, тогда нет проблем; если же они не соглашаются, по крайней мере, все разрешается быстрее. Вы помните, как обычно себя чувствовали, оставив разногласие нерешенным?

Гэри: Я думал об этом несколько дней. Я был напряженным и нервным, и меня сильно раздражали всякие мелочи.

Психотерапевт: Как, по-вашему, это действовало на людей на вашей работе?

Гэри: Они тоже были довольно напряженными и нервными. Некоторое время никто не хотел говорить друг с другом.

Психотерапевт: Из этого можно предположить, что любая ошибка или непонимание легко могли вызвать новое разногласие.

Гэри: Думаю, что вы правы.

Психотерапевт: Понимаете, резонно предположить, что для предупреждения конфликтов и напряженности следует избегать говорить о том, что вас раздражает, и пытаться не показывать своего огорчения, но, похоже, для вас это не подходит. До сих пор получается, что когда вы говорите о том, что вас раздражает, конфликтов становится меньше, а те, которые случаются, разрешаются быстрее.

Гэри: Да.

Психотерапевт: Считаете ли вы, что ваши попытки не огорчать людей делали ситуации еще более напряженными?

Гэри: Видимо, да.

При завершении психотерапии можно «настроить» новый взгляд клиента на людей и новые межличностные навыки, помогая ему развить способность понимать взгляды других людей и сопереживать им. Это можно сделать, задавая вопросы, которые требуют, чтобы клиент предвидел влияние его действий на окружающих, мог ставить себя на их место или делать выводы об их мыслях и чувствах на основе их действий и затем находить соответствие между этими выводами и доступными данными. Первоначально клиент, вероятно, будет считать эти вопросы трудными и часто не относящимися к делу. Но, по мере того как клиент будет получать обратную связь от психотерапевта и от последующих взаимодействий, его способность понимать точку зрения другого человека, вероятно, будет неуклонно расти. Клиент обнаружит, что раздражающие его действия людей не обязательно обусловлены злыми намерениями и что эти действия меньше раздражают его, если он может понять точку зрения другого человека.

К концу психотерапии Гэри заметно расслабился и симптомы напряжения и тревоги беспокоили его лишь тогда, когда их испытывают большинство людей, например перед экзаменами. Он сообщил, что чувствует себя намного комфортнее в общении с друзьями и коллегами, активнее общается и не видит необходимости постоянно быть настороженным. Когда Гэри испытал трудности в отношениях со своей подругой, которая почувствовала дискомфорт из-за увеличившейся близости, он смог сдержаться, несмотря на возникшее чувство отвержения, и рассмотреть ее точку зрения. Затем он смог взять на себя главную роль в разрешении их проблем, рассказывая ей о том, как он понимает ее обеспокоенность («Я знаю, что после всего, что ты пережила, тебе становится страшно, когда мы начинаем говорить о свадьбе»), признаваясь в собственных страхах и сомнениях («Я тоже очень переживаю в связи с этим») и показывая, как он ценит их отношения («Я не хочу, чтобы мы из-за этого расстались»).

Выводы

Описанный выше подход к вмешательству не слишком отличается от предложенного Колби и его соавторами (Colby et al., 1979) или от описанного Туркатом (Turkat, 1985; Turkat & Maisto, 1985). В значительной степени параноидные представления клиента — не главная цель психотерапии. Вместо этого стандартные когнитивно-поведенческие вмешательства используются для работы с другими проблемами клиента. Подход, представленный в этой главе, отличается от других когнитивно-поведенческих подходов явным вниманием к развитию взаимоотношений между клиентом и психотерапевтом, особым акцентом на работе по укреплению чувства собственной эффективности клиента на ранних этапах психотерапии и использованием когнитивных методов и поведенческих экспериментов, чтобы работать непосредственно с сохранившимися параноидными убеждениями клиента на поздних этапах психотерапии. Наш опыт подтверждает, что эта стратегия обычно облегчает другие вмешательства и смягчает параноидную симптоматику на ранних этапах психотерапии,

поскольку усиление чувства собственной эффективности уменьшает необходимость в вигильности.

Хотя мы не располагаем эмпирическими данными об эффективности когнитивной психотерапии с ПРЛ, наш собственный клинический опыт и случаи, о которых сообщают Туркат и коллеги, весьма обнадеживают. Рекомендуемые вмешательства включают в себя укрепление чувства собственной эффективности клиента, развитие его навыков в преодолении тревоги и решении межличностных проблем, развитие более реалистичного восприятия намерений и действий других людей, а также развитие способности понимать чужую точку зрения. Все это ведет к изменениям, которые, как ожидается, будут оказывать большое влияние на внутриличностные процессы и межличностные отношения. По-видимому, в результате когнитивной психотерапии у этих клиентов может произойти значительное «изменение личности». На данный момент, однако, нет сведений о том, насколько обширны достигнутые в ходе психотерапии улучшения и как долго они сохраняются.

Попытки создать обоснованные концепции и эффективные подходы к лечению ПРЛ были затруднены недостатком эмпирических исследований непсихотических параноидных больных. Отчасти недостаток эмпирических исследований обусловлен тем, что трудно составить выборки таких людей. Туркат с коллегами (Thompson-Pope & Turkat, в печати; Turkat & Banks, 1987) пытаются преодолеть эту трудность, находя соответствующих испытуемых среди студентов, посещающих вводные курсы по психологии. Их первые результаты указывают, что можно выделить небольшую подгруппу испытуемых с «параноидной личностью», которые похожи на людей с ПРЛ тем, что они насторожены, наблюдательны, быстро разбираются в неоднозначных ситуациях и часто весьма проницательны, но при этом склонны подозревать других в нечестности и сообщают о наличии у себя параноидных мыслей и переживаний. Если дальнейшие исследования покажут, что результаты экспериментов, проведенных на людях с «параноидной личностью», могут быть перенесены на людей с ПРЛ, это значительно облегчит исследование данного расстройства.

Глава 7.
Шизоидное и шизотипическое расстройства личности

Шизоидное расстройство личности

Существуют две главные особенности шизоидного расстройства личности: недостаток межличностных отношений и отсутствие желания установить такие отношения. Другие люди рассматриваются как назойливые и бесполезные, а отношения с ними — как беспорядочные и нежелательные. В результате этих людей часто описывают как замкнутых, ведущих затворнический образ жизни и одиноких. В соответствии с этим они мало реагируют и на негативную, и на позитивную обратную связь от окружающих. Как и следовало ожидать, они получают мало удовлетворения от взаимоотношений с людьми.

Кроме того, шизоидные люди аффективно ограничены и не обнаруживают ни сильных негативных, ни сильных позитивных эмоциональных реакций. Согласно этому, Миллон (Millon, 1981) предполагает, что они неспособны распознавать тонкие эмоции как у себя, так и у других. В результате они часто кажутся безразличными и чувствуют себя таковыми. Для многих из этих людей жизнь — это, в лучшем случае, мероприятие, не вызывающее энтузиазма.

Хотя шизоидные личности могут быть продуктивными, они организуют свою жизнь так, чтобы ограничить взаимодействие с другими людьми, и обычно выбирают профессию, которая требует минимальных социальных контактов. Кроме того, они действуют в одиночку и вне профессиональной сферы.

Введение

Диагноз шизоидного расстройства личности является, вероятно, одним из наиболее сложных из диагнозов Оси II. Конструкт, или ярлык, «шизоидный» — диагностическая категория, которая развивалась почти 100 лет. Впервые термин «шизоидный» использовал Манфред Блейлер, работавший в клинике Бюргольцли в Швейцарии (Siever, 1981). Термин образован из приставки «*schizo-* », что в переводе с греческого означает «раскол или расщепление», и суффикса «*-oid* », что означает «подобный или изображающий». Шизоидными традиционно считались тихие, застенчивые, замкнутые и, в общем, одинокие люди. Также существуют представления о том, что шизоидное поведение может означать либо хроническую уязвимость к шизофреническому процессу, который может быть генетически обусловленным, либо частичное улучшение состояния после шизофрении. Сивер (Siever, 1981) использует традиционное определение, когда заявляет, что шизоидное расстройство личности похоже на «разделение, разъединение или раскол личности, что характерно для шизофрении» (p. 563).

Шизоидная личность может быть очень творческой в занятиях, которые позволяют работать в одиночку. Чаще шизоидные личности выполняют простую работу, не соответствующую их более высоким способностям. Множество проведенных ранее исследований были посвящены адаптации шизофреников в преморбидный период, и в них было обнаружено, что шизоидный тип адаптации в преморбидный период являлся прогностическим признаком, связанным с серьезностью шизофренического расстройства и меньшими шансами на благоприятный результат, хотя он не обязательно предшествовал шизофрении (Frazee, 1953; Gittelman-Klein & Klein, 1969; Longabaugh & Eldred, 1973; Mellsop, 1972, 1973; Morris, Soroker, & Burrus, 1954; Roff, Knight, & Wertheim, 1976).

Ввиду того что традиционно шизоидное расстройство личности в теоретических работах связывалось с шизофренией, представление о нем в прошлых трех изданиях «Руководства по диагностике и статистической классификации психических расстройств» заметно отличается от более ранних взглядов на это заболевание. Шизоидное расстройство личности в *DSM-I* (APA, 1952) включало в себя современные диагнозы шизоидного и шизотипического, а также избегающего расстройств личности. Шизоидное расстройство личности теперь не связывается с возможным переходом его в шизофрению; скорее шизоидный человек рассматривается как хронически нелюдимый и одинокий. В *DSM-III* и *DSM-III-R* шизоидный диагноз был отделен от другой диагностической группы — шизотипического расстройства личности, которое рассматривается как более близкое к шизофреническим расстройствам (Baron, 1981; McGlashan, 1985; Siever, 1981) и будет обсуждаться позже в этой главе.

В *DSM-II* (APA, 1968), шизоидное расстройство личности было определено следующим образом:

«Этот паттерн поведения характеризуется застенчивостью, чрезмерной чувствительностью, уединенностью, избеганием близких или конкурентных отношений и часто эксцентричностью. Распространены аутичное мышление без потери связи с реальностью, а также склонность к мечтаниям и неспособность выразить враждебность и обычные агрессивные чувства. Эти пациенты реагируют на волнующие переживания и конфликты с очевидной отчужденностью (p. 42).»

В *DSM-III* (APA, 1980) и более новом *DSM-III-R* (APA, 1987) диагностические критерии были расширены (см. табл. 7.1), и все же эмоциональная холодность, отчужденность и отсутствие желания устанавливать отношения остаются основными признаками этого расстройства. Хотя имеется большое количество теоретических работ, содержащих размышления о природе шизоидного человека, было проведено мало клинических исследований этой группы больных (Freeman, 1988a, b; Freeman & Leaf, 1989; Millon, 1981). Это неудивительно, если учесть нежелание шизоидных людей лечиться.

Таблица 7.1. Диагностические критерии шизоидного расстройства личности по *DSM-III-R*

А. Тотальный паттерн безразличия к социальным отношениям и ограниченный диапазон эмоционального опыта и экспрессии, начинающиеся в ранней взрослости и существующие в разных контекстах, на что указывают по крайней мере *четыре* из следующих признаков:

1) больной не желает вступать в близкие отношения (включая отношения в рамках семьи) и не получает от них удовольствия;

2) почти всегда предпочитает действовать в одиночку;

3) редко испытывает (или никогда не испытывает) сильные эмоции, такие как гнев или радость;

4) обнаруживает мало (или никакого) желания иметь сексуальные контакты с другим человеком (возраст учитывается);

5) безразличен к похвале и критике других;

6) не имеет близких друзей или товарищей (или только одного), не считая ближайших родственников;

7) аффективно ограничен, например держится в стороне, холоден, редко реагирует жестами или выражением лица, например улыбкой или кивком.

Б. Наличие данных симптомов не только в остром периоде шизофрении или бредового расстройства.

Примечание. Из «Руководства по диагностике и статистической классификации психических расстройств» (3-е изд., перераб.), (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* (3rd ed., rev.). American Psychiatric Association, 1987, Washington, DC: Author, p. 340). ©1987, Американская психиатрическая ассоциация. Воспроизведено с разрешения.

Взаимосвязь между шизоидным и шизотипическим расстройствами все еще можно заметить в *DSM-III-R* , поскольку оба расстройства включают в себя социальную изоляцию и часто — аффективную ограниченность. Однако основной признак шизоидной личности — интровертированность и отсутствие желания устанавливать отношения с людьми. Шизотипическое

расстройство личности является более тяжелым и лучше всего характеризуется устойчивыми нарушениями познания, поведения и восприятия, которые, однако, являются слишком легкими для постановки диагноза шизофрении.

Исторический и теоретический обзор

Как отмечено ранее, термин «шизоидный» впервые использовался Блейлером (Bleuler, 1924),[6] описавшим «замкнутого», подозрительного, унылого человека, энергия которого направлена внутрь себя, а не во внешний мир. Этот человек также демонстрировал уход от социальных контактов и странности в мышлении, но не был психотиком (Siever & Gunderson, 1983). Несколькими годами ранее Хох (Hoch, 1909) также описал «замкнутую» личность, которая предшествовала развитию шизофрении. Личность этих больных в преморбидном периоде характеризовалась склонностью к уединению, застенчивостью, упрямством и богатой фантазией. Позже Хох и Полатин (Hoch & Polatin, 1939) описали эту группу непсихотиков, предрасположенных к развитию шизофрении, как «псевдоневротических шизофреников». Наннарелло (Nannarello, 1953) сообщал, что этот термин был позже популяризован Кречмером (Kretschmer, 1925), описавшим «аффективную ущербность» у двух видов шизоидной личности — «гиперэстетических» и «анэстетических». Кречмер описывал анэстетическую шизоидную личность как унылого, бесцветного, тихого, замкнутого человека, который редко проявляет свои эмоции и интересы или не проявляет их вообще. Напротив, гиперэстетические люди застенчивы и настолько чувствительны к внешним стимулам, что стремятся любой ценой избегать их. С точки зрения Кречмера, шизоидный диагноз не обязательно равнозначен инвалидности. Миллон (Millon, 1981) предполагает, что в современной терминологии гиперэстетический тип соответствовал бы избегающему расстройству личности, а анэстетический — шизоидному.

Как отметили Сивер и Гундерсон (Siever & Gunderson, 1983), значение термина «шизоидный» стало шире по сравнению с первоначальным и теперь включает в себя людей, которые избегают отношений с окружающими и социальных взаимодействий, а также склонны быть эксцентричными. Широкое использование этого термина отодвинуло на задний план первоначальное его значение как непсихотической формы шизофрении. Но только в 1953 году Рэйдо ввел термин «шизотипический» как сокращение от «шизофренический генотип». Он имел в виду людей, которые, по его мнению, были генетически предрасположены к шизофрении, но не обнаруживали психотического поведения. Данное Рэйдо описание шизотипического человека включало полное равнодушие к радостям жизни, эмоциональную холодность, нарушение способности к эмпатии и зависимость. Хотя Рэйдо стремился описывать непсихотическую форму шизофрении, его описание (не считая зависимости) весьма похоже на современный диагноз шизоидного расстройства личности.

Позже Мил (Meehl, 1962) описал тип личности, подобный шизотипическому расстройству личности, который, как он полагал, был генетически родственен шизофрении. Для этой группы были характерны когнитивное снижение, уход от социальных контактов, полное равнодушие к радостям жизни и амбивалентность. Этот тип личности обычно обнаруживал низкий уровень адаптации, но эксцентричность мышления, поведения и эмоций, по описанию Мила, не являлись основными характеристиками этого расстройства. Кити, Розенталь, Уэндер и Шульзингер (Kety, Rosenthal, Wender, & Schulsinger, 1968) описали «пограничную шизофрению», также схожую с шизотипическим расстройством личности, как непсихотическое расстройство личности, включающее в себя когнитивные искажения, полное равнодушие к радостям жизни, эмоциональную холодность и недостаток межличностных навыков. Сивер и Гундерсон (Siever & Gunderson, 1983) отмечают, что этот тип личности скорее характеризуется скудостью межличностных отношений, чем социальной изоляцией и отверженностью (соответствует современным диагнозам избегающего и шизоидного расстройств личности).

Ввиду неясности этих расстройств и изменений во взглядах на них, произошедших за эти годы, со временем изменялись и соответствующие диагнозы. В *DSM-I* шизоидная личность характеризовалась избеганием взаимоотношений с другими людьми, неспособностью выразить враждебность или агрессивные чувства и аутичным мышлением. Это описание холодной, эмоционально обособленной робкой личности, которая могла проявлять эксцентричность, по-видимому, соответствует современным диагнозам избегающего, шизоидного и шизотипического расстройств личности. Только в *DSM-III* произошло разделение этих расстройств. При выработке новых критериев Миллон (Millon, 1969) подчеркивал различие между двумя типами личности. Он обозначал их как «пассивно-избегающий» и «активно-одинокий» типы или как «асоциальный» и «избегающий» типы, что соответствует современным диагнозам шизоидного и избегающего расстройств личности (Millon, 1981). Хотя термин «шизоидный» имеет запутанную историю, он оставался ярлыком «асоциальности». Это, как предполагалось, отличалось от антисоциального расстройства личности. Шизотипический паттерн,

также включенный в описания шизоидной личности в *DSM-I* и *DSM-II* , рассматривался как отдельный тип личности. Затем были выделены шизотипический и пограничный типы личности (Spitzer, Endicott, & Gibbon, 1979).

Тогда как ранние теоретики, такие как Блейлер и Кречмер, полагали, что личность шизоидного типа обусловлена конституционными проблемами, позже теоретики психоанализа выдвинули гипотезу, что шизоидная структура характера является следствием серьезных нарушений в отношениях между матерью и ребенком. С точки зрения психоаналитической концепции, в результате этих ранних нарушений шизоидный человек развивал первичную защитную структуру, в которой отношения были избегаемы из-за неспособности давать или получать любовь. Кроме того, считалось, что этот тип пациента был настолько уязвимым к отвержению, что подавлялась ценность отношений с людьми (Arieti, 1955). Фэрбэрн (Fairbairn, 1940) сообщал, что результатом этих неудовлетворяющих материнских отношений было развитие деперсонализации и искусственного «Я», в котором чувства подавлялись. Шизоидная личность неспособна испытывать любовь и близость. Кляйн (Klein, 1952) рассматривал шизоидный процесс как стадию развития, которую проходят все дети. В течение этой стадии оральные и садистские побуждения, переживаемые как опасные, отделяются и проецируются на опекуна. В таком случае опекун считается опасным, и формируются различные защиты для преодоления возникшей в связи с этим тревоги. Шизоидный взрослый, сохраняя некоторые из этих ранних защит, поддерживает дистанцию в межличностных отношениях из-за тревоги, вызванной межличностными контактами. Гантрип (Guntrip, 1969) также описал задержку развития в ранних периодах жизни, когда дети избегают не удовлетворяющих их отношений с матерью. У этих людей впоследствии развивается примитивный страх поглощать людей или быть поглощенными опекуном. Это приводит к формированию у них сдержанного и отчужденного межличностного стиля как защиты против первичного ужаса и гнева.

Психоаналитические теоретики, в дополнение к дистанции в межличностных отношениях, также обращают внимание на связанный с защитой обособленный стиль «наблюдателя», отмечающийся у шизоидных личностей. Дойч (Deutsch, 1942) сообщил, что формируется «как будто» личность, поэтому невозможно почувствовать эмоции. Наблюдатель может увидеть, что жизнь шизоидов «как будто» полноценна, однако при ближайшем рассмотрении будет очевиден недостаток эмоциональной реактивности.

В отличие от сложных интрапсихических механизмов, предложенных в психоанализе, Миллон (Millon, 1981) заявил, что шизоидная личность имеет относительно простую защитную структуру. Он полагает, что шизоиды страдают недостатком способности устанавливать отношения и испытывать эмоции. В результате этой нечувствительности к межличностным контактам и эмоциональному напряжению отсутствует необходимость в выработке защит.

Особенности шизоидного расстройства личности

Неудивительно, что люди с шизоидным расстройством личности считают себя скорее наблюдателями, чем участниками жизни. Они рассматривают себя как самодостаточных одиночек. Окружающие часто рассматривают их как унылых, неинтересных и лишенных юмора людей. Фактически их нередко игнорируют, так как люди часто отвечают равнодушием на отсутствие живого отклика со стороны шизоидов.

Для шизоидов характерен когнитивный стиль, отличающийся неопределенностью и бедностью мыслей, а также «дефектным перцептивным сканированием» (Millon, 1981), что, как указывалось ранее, приводит к потере тонких деталей жизни. Кроме того, такой когнитивный стиль приводит к недостатку эмоционального реагирования, поскольку эмоциогенные стимулы не воспринимаются и не могут вызвать эмоции. Шизоиды обычно либо безразличны, минимально отзывчивы или интеллектуально отзывчивы к стимулам, которые могут вызывать удовольствие, гнев, печаль или тревогу у других людей. По сообщениям этих пациентов, они знают, что другие люди определенным способом реагируют на определенные стимулы, но они не могут реагировать таким же образом или в той же степени, что и другие.

В дополнение к этому типичному когнитивному стилю, шизоидные люди также демонстрируют типичный паттерн поведения. Он включает в себя вялые и невыразительные движения и медленную, монотонную речь (Millon, 1981). Шизоиды обычно имеют бедные социальные навыки из-за недостатка социальной активности на протяжении всей жизни. Этот недостаток навыков становится частью петли непрерывной обратной связи. Когда предпринимаются редкие попытки социального взаимодействия или установления каких-либо социальных связей, недостаток навыков приводит к неудачам; тогда они могут забросить любые попытки войти в контакт или еще более отстраниться от людей.

Шизоидный человек, как правило, не прибегает к психотерапии, чтобы преодолеть недостаток

контактов. Психотерапевтический контакт обычно основан на проблеме Оси I. При постановке диагноза шизоидного расстройства личности клиницист должен знать типичные формы поведения в ситуации интервью. Во-первых, пациент может казаться отчужденным и холодным, а также в целом неэмоциональным. В ходе интервью шизоид, скорее всего, не будет говорить, пока к нему не обратятся, будет сообщать мало информации, избегать смотреть в глаза психотерапевту и вообще неловко себя чувствовать (Livesley, 1986). Так как эти наблюдения могут относиться и к другим расстройствам, для постановки окончательного диагноза необходимо собрать данные с помощью опроса и самоотчета пациента. Шизоидный человек не сообщает о наличии каких-либо близких друзей или товарищей и имеет слабое желание (или никакого) вступать в сексуальные отношения.

Например, Сэм, 65-летний бухгалтер, пришел на психотерапию из-за тревоги. Он имел 60-летнюю подругу, с которой встречался каждый уик-энд. Обычно он звонил ей в четверг по поводу встречи и встречался с ней в субботу. Он заезжал за ней домой, они ехали пообедать, шли в кино и затем приезжали к ней домой и занимались сексом. В случаях, когда она просила, чтобы он остался до воскресенья, он спрашивал: для чего? Как он сообщил психотерапевту, его точка зрения состояла в том, что он имел секс, в котором «нуждался». Так как он полагал, что секс ему нужен только раз в неделю, не было необходимости задерживаться дольше. Его подруга жаловалась на то, что он занимался сексом, не снимая рубашки. В ответ на эту критику он говорил, что самые важные части его тела были достаточно обнажены. По его мнению, он имел именно тот физический контакт, который был ему нужен. Несколько раз он проводил отпуск со своей подругой сроком до недели. Он сообщил, что однажды в течение четырехдневного отпуска занимался сексом ежедневно. После возвращения из этого отпуска он не встречался с подругой целый месяц.

Дифференциальная диагностика

Необходимо проводить дифференциальную диагностику между шизоидным и избегающим расстройствами личности. Хотя ни те ни другие пациенты не сообщают о наличии близких друзей и могут казаться отчужденными, их можно дифференцировать. Это различие очевидно, потому что люди с избегающим расстройством личности *хотят* установить межличностные отношения, но избегают их, так как боятся критики и неодобрения. Также избегающие личности остро реагируют на критику, а шизоиды часто сообщают о своем безразличии к похвале и критике и таким образом редко сердятся, хотя могут отмечать в этих ситуациях «несправедливость».

Необходимо также проводить различие между шизоидным и шизотипическим расстройствами личности. Здесь имеется как сходство, так и принципиальное различие, которое позволяет осуществлять дифференциацию. Эти расстройства сходны в том, что таким людям свойственны одинокий образ жизни и тусклые эмоции. Однако шизотипический человек (как указано ниже в этой главе) обнаруживает эксцентричную речь и поведение и сообщает о наличии необычных когнитивных структур. Кроме того, одинокий образ жизни, характерный для шизотипического человека, часто обусловлен социальной тревогой и неадекватностью, в то время как у шизоида такой образ жизни обусловлен недостатком желания.

Оценка с точки зрения когнитивной психотерапии

Первый шаг при когнитивной оценке случая предполагает выявление автоматических мыслей, которые служат отличительным признаком этого расстройства. Тогда как оценка других расстройств личности с точки зрения когнитивной психотерапии сосредоточена на типах автоматических мыслей пациентов, шизоидное расстройство личности часто отмечается недостатком автоматических мыслей. Часто шизоидного пациента трудно заставить указать хотя бы на одну их них. Так как эмоции связаны с мыслями, а шизоиды имеют ограниченные эмоции, само собой разумеется, что такие пациенты сообщают о меньшем количестве мыслей, чем индивиды с другими расстройствами личности. К тому же такие ситуации, как получение негативной обратной связи от других, обычно являющиеся катализатором дисфункционального мышления для других пациентов, по-видимому, не влияют на шизоидов.

Те немногие автоматические мысли, которые удается выявить, отражают бедность мыслей шизоидов и апатичный взгляд на жизнь. Обычно требуется какое-то драматическое событие, чтобы вызвать негативные мысли, и даже тогда эти мысли, вероятно, будут связаны с самоосуждением (например, «Я — изгой»), а не с беспокойством о том, что думают другие. Стандартные автоматические мысли шизоидов обычно сосредоточены на предпочтении одиночества и восприятии себя как сторонних наблюдателей жизни. Некоторые автоматические мысли, которые являются типичными для этого расстройства, представлены в табл. 7.2.

Таблица 7.2. Некоторые типичные автоматические мысли при шизоидном расстройстве личности

— Я предпочел бы делать это сам.
— Я предпочитаю быть один.
— У меня нет никакой мотивации.
— Я просто притворяюсь.
— Зачем беспокоиться?
— Кого это заботит?

Из автоматических мыслей и недостатка таких мыслей можно сделать выводы относительно основных установок, убеждений и допущений пациента. И вновь очевидны темы изоляции и отчужденности. Хотя шизоидов их жизнь может вполне устраивать, становится очевидным, что они действуют не так, как большинство людей. Один шизоидный пациент сообщал, что испытывал недостаток как социальной привлекательности, так и социального интереса. Поскольку он был весьма интеллектуален, он полагал, что сможет научиться социально приемлемому поведению, но не имел никакого желания делать это. Он осознавал, что его склонность к одиночеству была нетипичной по сравнению с образом жизни большинства людей. Хотя обычно это удовлетворяло его, время от времени он приходил к выводу, что был неудачником. Представление о себе как о социально неприспособленном или дефектном человеке — это обычное убеждение шизоидов, и оно может возникнуть, когда становится очевидно, как сильно они отличаются от других людей. Это понимание может возникнуть в результате непосредственного наблюдения за окружающими, просмотра кинофильмов или телепередач, чтения книг на тему человеческих отношений. Однако осознание своего отличия не всегда будет вызывать негативные эмоции. Шизоидная система убеждений такова, что в ней другие люди и их реакции не имеют большого значения и часто остаются незамеченными. Это убеждение проявляется не каким-либо враждебным образом, а скорее в стиле жизни, который можно определить как «живи и дай жить другим». Некоторые типичные установки и допущения приведены в табл. 7.3.

Таблица 7.3. Установки и допущения, типичные для шизоидного расстройства личности

— Люди — это взаимозаменяемые объекты.
— Отношения с людьми создают проблемы.
— Жизнь проще без других людей.
— Не стоит беспокоиться по поводу человеческих отношений.
— Мне лучше сохранять дистанцию и не высовываться.
— Внутри я пустой.
— Я не приспособлен к социальной жизни.
— Жизнь легка, и в ней не к чему стремиться.
— Меня ничто никогда не возбуждает.

Имеются разнообразные теории развития шизоидной личности. Миллон (Millon, 1981) указывает, что в качестве возможных причин называются гиперактивность автономной нервной системы, недоразвитие ретикулярной формации, врожденная аплазия в лимбической системе и нехватка нейротрансмиттеров. Кроме того, роль могут играть нарушения в отношениях с матерью или в социальном научении. Ввиду недостаточного количества исследований в этой области все современные теории вынуждены оставаться спекулятивными.

Некоторые исследования были посвящены ограниченному эмоциональному диапазону шизоидов и связанной с этим неспособностью распознавать эмоции других. Например, Вольф и Барлоу (Wolff & Barlow, 1979) обнаружили, что шизоидные дети использовали необычно маленькое количество психологических конструктов (мера эмпатии), рассказывая об эмоциональном состоянии или личности людей. Число конструктов было меньшим, чем у нормальных детей из контрольной группы или детей из контрольной группы, у которых ранее был диагностирован инфантильный аутизм. Чик, Уотерхаус и Вольф (Chick, Waterhouse, & Wolff, 1980) также отметили, что взрослые, которые в детстве были диагностированы как шизоиды, отличались от испытуемых из контрольной группы нарушением эмпатии, склонностью к уединению и ненормальным стилем общения.

Хотя традиционно считалось, что шизоидная личность связана с шизофренией, исследования семей не подтверждают наличия связи между ними. Кити, Розенталь, Уэндер и Шульзингер (Kety, Rosenthal, Wender, & Schulsinger, 1968, 1971) сообщали, что у «шизоидной личности» (то есть интровертов) не удалось обнаружить преобладание шизофреников среди родственников. Стивенс, Аткинсон, Кей, Рот и Гарсайд (Stephens, Atkinson, Kay, Roth, & Garside, 1975) подтвердили эти результаты, сообщив об отсутствии какой-либо генетической связи между шизоидной личностью и

шизофренией. Другие исследователи (Watt, 1978; Woerner, Pollack, Rogalski, Pollack, & Klein, 1972) смогли выявить специфический тип личности, связанный с шизофренией.

На данный момент неясно, является ли шизоидная личность результатом конституционных различий или научения в раннем периоде развития межличностных отношений. Независимо от причины формируется человек, который не интересуется никем и не испытывает сильных эмоций. Исследования, направленные на определение причин этого расстройства, могли бы значительно усовершенствовать стратегии лечения.

Сопутствующие расстройства Оси I

Ввиду недостатка чувств шизоиды обычно не сообщают о наличии у себя расстройств Оси I. Однако при чрезмерной или крайне бедной стимуляции у них могут проявляться симптомы Оси I. Например, обычно удовлетворенные уединенным образом жизни, эти люди могут впасть в депрессию, если осознают, что они — ненормальные, которые не вписываются в общество. Хотя они действительно не желают близости с другими, они могут полагать, что должны стремиться к более традиционному образу жизни. Они могут устать «находиться вовне, заглядывая внутрь». Кроме того, их убеждение, что жизнь бессмысленна и бесполезна, может приводить к депрессии или усиливать ее.

Когда ситуация требует социального взаимодействия, шизоидные личности склонны к тревожным расстройствам. Хотя обычно они невосприимчивы к обратной связи от других людей, социальные контакты, которые они рассматривают как чрезмерные, могут подавлять их.

В результате периферийного существования, а также чувства одиночества и эмоционального отчуждения от других, может развиваться деперсонализация. В этих случаях у шизоидов могут возникнуть искажения в восприятии себя и окружающего. Они могут сообщать, что чувствуют себя «как роботы» или «живут в мечтах».

Чрезмерная социальная отчужденность может привести к уходу в фантазии и снижению способности проверять реальность с помощью других людей. При данных обстоятельствах шизоидный человек может переживать кратковременные психотические эпизоды. В соответствии с другими особенностями личности, такой психоз обычно характеризуется вялым течением. Миллон (Millon, 1981) далее указывает, что краткие маниакальные эпизоды могут являться реакцией на осознание шизоидами бессмысленности своего существования.

Клинические стратегии и методы

Лечение шизоидного расстройства личности является сложной задачей для психотерапевта, поскольку пациент обычно обращается за помощью по поводу расстройства Оси I и не стремится изменить характеристики личности. В этой ситуации психотерапевт должен подвести итоги лечения первичных проблем пациента и в то же время установить с ним отношения сотрудничества в целях изменения более устойчивых дисфункциональных паттернов. Важно заметить, что, в то время как многие из устойчивых паттернов шизоида противоположны образу жизни других людей, все его паттерны не могут быть дисфункциональны. Например, большинство людей стремятся устанавливать отношения с окружающими, но если шизоид не хочет этого и не испытывает никаких болезненных переживаний в связи с недостатком взаимоотношений, ему разумно решить не пытаться строить широкую сеть социальных отношений.

Когда изоляция дисфункциональна и принимает крайние формы, первичная стратегия лечения шизоидного человека состоит в том, чтобы уменьшить его изоляцию и упрочить чувство близости с окружающими. Первоначально большее ощущение социальной связи может возникнуть только в результате отношений с психотерапевтом. От этого, однако, ценность отношений лишь увеличивается. Психотерапевт и пациент могут исследовать функциональную и дисфункциональную роль одиночества в жизни пациента. На основе этого анализа шизоид может быть мотивирован на формирование сети социальных отношений. Если шизоидный человек соглашается работать над установлением контактов с другими, первая стратегия состоит в том, чтобы помочь человеку найти отношения, которые до некоторой степени поддерживают его. Для начала в этом случае может быть полезна ограниченная открытость в общении с людьми. Для этого особенно полезна групповая психотерапия. В такой обстановке обратная связь о социальном взаимодействии легкодоступна и фактически может быть главной целью проведения группы. К тому же при групповой психотерапии шизоид получает возможность приобрести опыт регулярных контактов с людьми, которые интересуются им. В группе каждый пациент может сообщить о себе некоторую информацию и высказать свое мнение о ком-нибудь. Когда пациент более комфортно чувствует себя в социальных взаимодействиях, психотерапевт или группа могут моделировать положительные, негативные или нейтральные реакции группы. Затем

можно научить шизоида реагировать на различные формы социальной обратной связи.

Хотя развитие социальных связей может быть целью лечения, совместно поставленной психотерапевтом и шизоидным пациентом на определенном этапе психотерапии, первоначально важно заняться проблемами и симптомами, с которыми пациент пришел на психотерапию. После смягчения симптома шизоидный пациент может захотеть закончить психотерапию, а не продолжать работать над решением межличностных проблем. Если психотерапевтический опыт был полезным, психотерапевт предоставляет шизоидному человеку ресурс для преодоления трудностей в будущем.

В рамках когнитивной психотерапии, в работе с шизоидным расстройством личности могут быть полезны несколько специфических методов. «Запись дисфункциональных мыслей» полезна не только для работы с дисфункциональными автоматическими мыслями, но и для обучения пациента определению различных эмоций и тонких градаций их интенсивности. Психотерапевт может первоначально составить список эмоций, как положительных, так и отрицательных, на континууме интенсивности. Это позволит шизоидному пациенту, который обычно не осознает своих чувств, рассмотреть их. «Запись дисфункциональных мыслей» также полезна для получения показателей реакций других людей в процессе их взаимодействия с пациентом. Это может помочь обеспечить шизоидному пациенту обратную связь о возможном эмоциональном состоянии других, таким образом увеличивая его способность сочувствовать им. Кроме того, может быть предоставлена обратная связь относительно уместности реакций пациента, что может стимулировать начало обсуждения альтернатив таким реакциям. Обучение социальным навыкам, однако, лучше всего происходит через более прямые вмешательства, такие как ролевая игра, демонстрация в естественных условиях и задания для домашней работы. После оценки уровня социальных навыков шизоида пациент и психотерапевт могут совместно определить иерархию целей, которых пациент хочет достичь в социальных взаимодействиях.

Другая общая стратегия может состоять в помощи пациенту испытать более положительные эмоции. Поскольку шизоид невнимателен к эмоциональным деталям, которые чувствуют и интерпретируют другие люди, психотерапевт может задавать вопросы пациенту с целью обратить внимание на эти эмоциональные детали. Например, если пациент сообщает, что его ничто не интересует, психотерапевт может помочь пациенту обнаружить такие аспекты его опыта, которые в некоторой степени приносят радость или интересны. Один шизоидный пациент сообщил, что собирал грампластинки, но потом перестал получать от этого удовольствие. При более подробном опросе оказалось, что приобретение новой пластинки все еще было радостным событием, хотя, как только она оказывалась в коллекции, пациенту становилось неинтересно ее слушать. К тому же, поскольку он имел большую коллекцию, ее пополнение происходило редко. Но пациент согласился, что, возможно, ему будет интересно собирать другие пластинки. Кроме того, он пришел к заключению, что интересно составить каталог старого собрания. Эти идеи не были легкодоступными пациенту, потому что он привык воспринимать вещи глобально и неопределенно. Эта слишком обобщенная точка зрения может распространяться и на людей. Вместо предположения «Я не люблю людей» шизоидный человек может научиться отмечать те вещи, которые он не любит, а также может обнаружить, что в других людях все-таки есть что-то хорошее.

Случай из практики

Джек, 28 лет, первоначально обратился за помощью в связи с депрессией. Он жил один и вел очень уединенную жизнь. Хотя он работал, ему не требовалось при этом взаимодействовать с кем-нибудь. Вне работы он не имел никаких социальных контактов; он сообщил, что у него нет друзей, он редко встречается с женщинами и считает себя «одиночкой». Он сообщил, что женщины иногда заинтересовывались им, но он не был заинтересован в продолжении отношений с ними. По-видимому, не возникало никакой тревоги в связи с решением не устанавливать отношений с другими; он просто не интересовался этой частью жизни. Он описывал людей как «взаимозаменяемых» и не находил в них ничего уникального. Обычно отношения с людьми приносили «больше неприятностей, чем они того стоили». Свободное время Джек проводил дома, его увлечениями были книги и компьютеры.

Джек сообщил, что всю свою жизнь вел уединенное существование. Ребенком он любил читать и собирать марки и редко играл с детьми. Он спокойно признавал, что стремление к уединенному существованию сильно отличает его от других людей. Джек не мог вспомнить никаких переживаний детства, которые могли бы привести к тому, чтобы он предпочел другой образ жизни в зрелом возрасте. Родителей своих он считал вполне доброжелательными. Джек по-прежнему навещал родителей один раз в год и сказал, что они были единственными людьми, которых он считал в некоторой степени особенными. Джек хорошо учился и по окончании средней школы поступил в университет, чтобы изучать биологию. После окончания университета он получил работу лаборанта при медицинском исследовательском институте. Он находился в депрессии в течение последних двух месяцев. В

состоянии депрессии Джек утверждал, что его ничего не интересует и он не может представить себе ничего, что могло бы удовлетворять его в будущем. Эти мысли могут выглядеть типичными для любого человека в состоянии депрессии, но Джек говорил, что они были у него даже до начала депрессии. В начале лечения Джек испытывал следующие симптомы:

— аффективные: печаль, безнадежность, чувство «внутренней мертвости»;

— физиологические: нарушение сна;

- когнитивные: автоматические мысли о том, что для него в жизни больше нет удовольствий; образ себя, сидящего в своей квартире «подобно отшельнику»;

— поведенческие: отказ от занятий, ранее доставлявших удовольствие; чрезвычайно ограниченное социальное взаимодействие.

Первый шаг в психотерапии состоял в том, что Джек ознакомился с когнитивной моделью — то есть с представлением о том, что мысли и интерпретации его переживаний сильно влияли на вызванные ими чувства. Затем он ознакомился с методикой «Запись дисфункциональных мыслей» и начал записывать свои автоматические мысли. Начальная цель психотерапии для Джека состояла в том, чтобы устранить депрессию. В начале психотерапии он сказал, что у него нет желания иметь друзей или сексуальные отношения. Он хотел поговорить о развитии каких-нибудь интересов, но был убежден, что не сможет найти в жизни ничего приятного. Его отчаяние сталкивалось с готовностью предпринять любые шаги для достижения своих целей, поэтому оно стало центральной проблемой для психотерапии. В частности, в ходе каждой сессии выявлялось как можно больше мыслей о безнадежности. Джека также поощряли выявлять автоматические мысли вне сессии, когда он чувствовал отчаяние. Темой в этих мыслях было убеждение Джека о том, что он уже сделал в жизни все, что могло бы быть интересным. Джек проверил эту мысль, согласившись выполнить некоторые действия, которые раньше были приятными. Например, он попытался вернуться к своему старому увлечению — коллекционированию редких книг и возобновил подписку на специальный журнал. К своему удивлению, он обнаружил, что ему это интересно. В то же время он старался самостоятельно противостоять некоторым негативным мыслям.

Депрессия проходила медленно, и Джек категорически утверждал, что в конечном счете ничто не будет удовлетворять его, даже если на мгновение это приносило удовлетворение. Все же в результате непрерывной работы его депрессия и отчаяние постепенно проходили. Депрессия Джека была атипичной, поскольку он не был способен выявить негативные мысли о себе. Даже свое одиночество он воспринимал главным образом некритически. Изредка он думал, что так отличается от других, что никогда не сможет «приспособиться», но затем говорил, что не хочет приспосабливаться. Так как желание устанавливать отношения с людьми довольно обычно, другие пациенты с этим диагнозом могут иметь еще большие трудности, считая других бесполезными, а себя — «странными» или «неправильными». Также примечательно, что депрессия Джека не включала в себя беспокойства относительно того, что о нем думали окружающие. Он безразлично относился к тому, как его понимали, и обычно думал об отношениях, только когда они каким-либо образом вторгались в его жизнь. Джека сильнее беспокоило то, что он все больше считал жизнь бесполезной. Этому помогали его способность признать некоторые из тонкостей подкрепления и понимание того, что он не всегда мог точно предсказать, будет ли что-либо подкрепляющим.

Когда депрессия ослабла, снова была затронута проблема социальной изоляции. Неожиданно на этом этапе Джек подумал, что ему могло бы понравиться иметь отношения с женщиной. Хотя он согласился работать над достижением этой цели, он чувствовал двойственное отношение к фактическому знакомству. С одной стороны, он думал, что это будет желательная ситуация, однако, с другой стороны, считал, что это не стоит усилий. В результате этого двойственного отношения он не выполнил задания познакомиться с женщиной. Он согласился стать членом клуба, рассматривая это как способ познакомиться с женщинами. В отличие от страдающих социальной фобией Джек не беспокоился о том, что женщины будут думать о нем. Вместо этого его беспокоило то, что ему будет скучно с ними. Он также не считал, что долговременные отношения впишутся в его образ жизни. Джек и его психотерапевт спланировали первый социальный контакт как «необходимое зло» ради установления отношений, которые он мог бы оценить по достоинству в дальнейшем.

Следующая выдержка из психотерапевтической сессии иллюстрирует трудности, с которыми столкнулся Джек при попытке установить отношения. Казалось, он не имел никакого желания вступать во взаимоотношения, но он также полагал, что это могло бы что-то привнести в его жизнь.

Психотерапевт: На прошлой неделе вы сказали, что подумаете о возможности познакомится с какими-нибудь женщинами на работе. Как это получилось?

Джек: Есть одна женщина, которая проявляла ко мне интерес, но я никак не соберусь подойти к ней.

Психотерапевт: Что вы думаете об этой женщине?

Джек: С ней все в порядке — в ней нет ничего особенного.

Психотерапевт: Вы говорили так о многих женщинах, которых встречали.

Джек: Ну, дело в том, что для меня нет ничего интересного или особенного в отношениях с людьми.

Психотерапевт: Что, по-вашему, другие люди ценят в человеческих отношениях?

Джек: Понятия не имею… Нет, на самом деле они ценят товарищеские отношения, но я не ценю. Иногда я думаю, что должен ценить их, но не делаю этого.

Психотерапевт: Я несколько раз давал вам задания пообщаться с людьми, но вы не делали этого. Какие автоматические мысли возникают у вас по этому поводу?

Джек: Я думаю, что это того не стоит. Это потенциально опасно, беспорядочно — фактически все мои отношения беспорядочны. Женщина хочет познакомиться поближе, но я не разделяю ее интерес.

Психотерапевт: Что случается, когда вы делаете предсказания относительно отношений?

Джек: После этого я просто не пытаюсь их установить. Мне не хватает мотивации, чтобы попробовать завязать отношения.

Психотерапевт: Поэтому вы постоянно сомневаетесь, заниматься этим или нет?

Джек: Да, это выглядит как разумная цель, но когда я думаю о конкретных действиях и фактических отношениях, это становится отвратительным.

Психотерапевт: Возможно, было бы полезно принять то или иное предварительное решение: либо пробовать установить отношения и противодействовать мыслям, которые препятствуют этому, либо решить не устанавливать отношения в этот раз и убрать это из списка целей. Что вы думаете?

Джек: Я полагаю, что решение должно быть принято, — давайте попробуем еще раз.

Психотерапевт: Хорошо, но из опыта мы знаем, что возникнут некоторые мешающие нам когнитивные структуры, верно?

Джек: Верно.

Психотерапевт: Давайте посмотрим, как мы можем справиться с ними. Что первое приходит вам в голову, когда вы думаете о том, чтобы пригласить куда-нибудь женщину?

Джек продолжил определять мешающие ему мысли, с которыми нужно поработать. Из этого разговора становится понятно, что ему трудно заинтересоваться отношениями.

Джек встретился с несколькими женщинами, но только одна из них немного его заинтересовала. В этих отношениях имелись некоторые трудности, потому что женщина жаловалась, что Джек был не очень разговорчив. В то время Джек и психотерапевт обсуждали эмпатию и ее ценность в отношениях. Но Джек сообщил, что опыт подтверждает его мнение о беспорядочности и нежелательности отношений. Он не получал удовлетворения от этих отношений и полагал, что общался с этой женщиной в основном из-за того, что он «должен» был попробовать это. Он думал, что вряд ли продолжит эти отношения, если сохранится конфликт.

В этот момент Джек решил прекратить лечение. Так как его депрессия была устранена и он иногда спонтанно сообщал о вещах, которые он мог бы находить приятными, его первичная цель была достигнута. Кроме того, он значительно развил свои социальные навыки (хотя часто был все еще неловок в общении) и обнаружил некоторую ценность отношений с людьми. Этот случай — хорошая иллюстрация того, как представление клиента о подкреплении может отличаться от подобных представлений психотерапевта или общества. Как только установлено, что избегание отношений не является результатом страха, важно, не забывая о его системе взглядов на отношения с людьми, помочь шизоидному человеку структурировать жизнь так, чтобы он мог больше получать от нее.

Предупреждение рецидивов

Наиболее важным аспектом предупреждения рецидивов является участие в добровольных сессиях после того, как формальное лечение закончено. С шизоидами эти добровольные сессии могут проводиться чаще, чем обычно, потому что эти пациенты, вероятно, будут возвращаться к одинокому образу жизни. В ходе этих сессий важно оценить, отмечается ли возвращение какой-либо начальной симптоматики и одинок ли пациент вне психотерапии. Если пациент возвращается к затворническому образу жизни и это *не* является частью системы убеждений пациента, психотерапевт может чаще проводить такие сессии.

Проблемы психотерапевта

Как уже указывалось, желание шизоидного человека быстро снять симптомы расстройства, не работая с основными допущениями или межличностными проблемами, может противоречить желанию

психотерапевта достичь результата лечения. Так как когнитивная психотерапия — это подход, основанный на сотрудничестве, важно, чтобы психотерапевт не навязывал пациенту своих целей. Лучше, чтобы шизоид проходил психотерапию короткое время и покидал ее с позитивным опытом.

Неотзывчивость пациента на похвалу сужает для психотерапевта круг средств воздействия, применяемых в ходе психотерапии. Эта проблема может быть компенсирована использованием других средств мотивации, таких как объяснение ценности лечения и его связи с психотерапевтической целью пациента.

Как можно ожидать, исходя из системы убеждения шизоида, маловероятно, что он будет ценить психотерапевтические отношения. Пациент, скорее всего, будет считать психотерапевта навязчивым, и это может запустить автоматическую стратегию, суть которой в том, чтобы держаться подальше от людей. В отличие от избегающих личностей, которые в конечном счете начинают доверять психотерапевту и ценить его, шизоиды, вероятно, никогда не будут этого делать. Конечно, это может привести к множеству реакций со стороны психотерапевта. Трудно видеть себя участником бесполезного взаимодействия.

Сочетание у этих пациентов эмоциональной холодности, невосприимчивости и недостатка социальных навыков может делать сессии трудными для психотерапевта. Несмотря на это, необходимо всегда проявлять сердечность и сопереживание и откладывать комментарии по поводу того, как пациент ведет беседу, до тех пор пока не будет достигнуто взаимопонимание.

В ходе лечения шизоидный пациент может установить отношения с психотерапевтом и другими людьми. Кроме того, находить в жизни больше удовлетворения. Однако для психотерапевта важно понять, что для достижения небольшого успеха может потребоваться долгое время.

Шизотипическое расстройство личности

Введение

Хотя для шизотипического расстройства личности характерны социальная изоляция, ограниченные или неадекватные эмоции и необычное поведение, наиболее замечательная его особенность — причудливость когнитивной сферы. Когнитивные искажения при этом расстройстве более серьезны, чем при всех других расстройствах личности. Они в целом делятся на четыре вида. Во-первых, у этих людей часто отмечаются подозрительность или параноидные идеи. Во-вторых, они испытывают идеи отношения, такие как уверенность в том, что события, на самом деле не имеющие к ним никакого отношения, значимо с ними связаны. Третий вид когнитивных искажений касается странных убеждений и мыслей о сверхъестественном. Например, они могут полагать, что рядом с ними находится мертвый родственник или что окружающие читают их мысли. Наконец, люди с этим расстройством часто испытывают иллюзии — например, полагая, что они видят людей среди теней или в рисунке обоев.

Эти типы когнитивных структур также отражены в странной речи. Хотя их речь последовательна и нет никаких случайных ассоциаций, шизотипические личности часто отклоняются от темы, обстоятельны, рассеянны или слишком скрупулезны. Как можно было ожидать, нередко эмоции такого человека также своеобразны, ограниченны или неадекватны ситуации.

В соответствии с этим набором особенностей шизотипический человек часто ведет себя неадекватно. Например, один шизотипический пациент каждый день тратил часы на то, чтобы навести порядок в шкафах. Неадекватное поведение приводит к предельной социальной изоляции, связанной с этим расстройством. Искаженные когнитивные структуры пациентов, касающиеся других людей, и их трудности и стесненность при социальных взаимодействиях ведут к развитию социальной тревоги. Хотя у шизоидов могут отмечаться недостаток желания или низкая оценка отношений, гораздо более вероятно, что они избегают отношений из-за тревоги. Критерии для шизотипического расстройства личности по *DSM-III-R* перечислены в табл. 7.4.

Таблица 7.4. Диагностические критерии для шизотипического расстройства личности по *DSM-III-R*

А. Тотальный паттерн недостатка межличностных связей, а также странные мысли, внешность и поведение, проявляющиеся с ранней взрослости и присутствующие в разнообразных контекстах, на что указывают по крайней мере *пять* из следующих признаков:

1) идеи отношения (исключая бред отношения);

2) чрезмерная социальная тревога, например крайний дискомфорт в социальных ситуациях с участием незнакомых людей;

3) странные убеждения или мысли о сверхъестественном, влияющие на поведение и

несовместимые с нормами данной культуры, например подозрительность, вера в ясновидение, телепатию или «шестое чувство», в то, что «другие могут чувствовать мои чувства» (у детей и подростков — причудливые фантазии или рассеянность);

4) необычные перцептивные переживания, например иллюзии, ощущение присутствия силы или человека, несуществующего на самом деле (например, «я чувствовал, как будто моя мертвая мать была со мной в комнате»);

5) странное или эксцентричное поведение или внешность, например неопрятность, необычные манеры, разговоры с самим собой;

6) нет близких друзей или товарищей (или только один), не считая ближайших родственников;

7) странная речь (без ослабления ассоциаций или бессвязности), например бедная, с отступлениями от темы, неясная или слишком абстрактная речь;

8) неадекватность или ограниченность эмоций, например примитивность эмоций, индифферентность, отсутствие ответных реакций на жесты или выражение лица, таких как улыбки или кивки;

9) подозрительность или параноидные идеи.

Б. Наличие данных симптомов не только в остром периоде шизофрении или случае грубого нарушения развития.

Примечание. Из «Руководства по диагностике и статистической классификации психических расстройств» (3-е изд., перераб.), (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd ed., rev.). American Psychiatric Association, 1987, Washington, DC: Author, p. 341–342). ©1987, Американская психиатрическая ассоциация. Воспроизведено с разрешения.

Дифференциальная диагностика

Этим пациентам довольно легко поставить диагноз, хотя обычно должна быть проведена дифференциальная диагностика шизотипического расстройства личности или шизофрении. Если имеются какие-либо признаки галлюцинаций, бреда или хаотичных ассоциаций, должен рассматриваться диагноз шизоформного расстройства или шизофрении. Хотя следует ожидать, что странности в речи, неадекватные или тусклые эмоции и странное поведение, очевидно, будут иметь место в обоих случаях, диагноз шизофрении предполагает наличие более тяжелой и острой симптоматики. Барон, Аснис и Грюн (Baron, Asnis, & Gruen, 1981) разработали Вопросник для интервью с шизотипическими личностями (*Schedule for Schizotypal Personalities*), который отличается большой надежностью.

Оценка с точки зрения когнитивной психотерапии

Как и при любом расстройстве, один из первых шагов в когнитивной психотерапии шизотипического расстройства личности — идентификация типичных автоматических мыслей. Хотя в конкретной форме этих когнитивных структур существует множество индивидуальных различий, они находятся в пределах вышеупомянутых тем. В дополнение к подозрительности, идеям отношения, мыслям о сверхъестественном и иллюзиям, другие типичные автоматические мысли описывают страхи и беспокойства социального характера. Что касается содержания автоматических мыслей, то в нем имеются индивидуальные различия в когнитивном стиле. Некоторые шизотипические личности могут сосредоточиваться на деталях и терять из виду ситуацию в целом, тогда как другие могут не обращать внимания на детали. Многие шизотипические личности имеют такие когнитивные искажения, как эмоциональное мышление и персонализация. При эмоциональном мышлении человек полагает, что, поскольку он испытывает негативную эмоцию, должна существовать соответствующая негативная внешняя ситуация. При персонализации человек полагает, что он ответственен за внешние ситуации, когда в действительности дело обстоит не так. Эти пациенты часто очень конкретны и неспособны точно оценить вероятность предполагаемого результата (Stone, 1985). Некоторые примеры автоматических мыслей представлены в табл. 7.5.

Таблица 7.5. Некоторые типичные автоматические мысли при шизотипическом расстройстве личности

— Этот человек следит за мной?
— Я знаю, о чем он думает.
— Я чувствую, что произойдет что-то плохое.
— Я знаю, что я им не понравлюсь.
— Я чувствую в ней дьявола.

— Я — ненастоящий.
— Может быть, я мертвый?

Что касается других характеристик этого расстройства, то отмечается причудливость основных установок и допущений. Некоторые типичные темы могли бы включать идеи о том, что люди в основном ненадежны или что за ними всегда нужно следить. Но по большей части темы индивидуальны. Например, убеждения типа «Я могу предсказывать будущее» или «Я имею шестое чувство» должны определяться в каждом конкретном случае. Некоторые примеры установок и допущений представлены в табл. 7.6.

Таблица 7.6. Установки и допущения, типичные для шизотипического расстройства личности

— Я похож на чужака в пугающем окружении.
— Так как мир опасен, нужно всегда быть начеку.
— Люди доберутся до вас, если смогут.
— На все есть причины. Ничто не происходит случайно.
— Иногда внутреннее чувство подсказывает мне, что должно произойти.
— Отношения с людьми опасны.
— Я дефектен.

Экспериментальные и клинические данные

Кендлер, Грюнберг и Штраус (Kendler, Gruenberg, & Strauss, 1981) обнаружили, что шизотипическое расстройство личности среди биологических родственников приемных детей, страдающих шизофренией, распространено больше, чем среди биологических родственников испытуемых контрольной группы или приемных родственников испытуемых контрольной группы и шизофреников. Другие исследования показали, что «пограничная шизофрения», наиболее близкая к современному шизотипическому расстройству личности, была наследственно связана с шизофренией (Kety et al., 1968, 1971). Райдер (Reider, 1979), однако применил критерии шизотипического расстройства личности по *DSM-III* крезультатам проведенных в прошлом исследований, которые использовали диагноз «пограничная шизофрения», так же как и к своим собственным данным. Он обнаружил, что из 73 % тех, кто мог бы иметь диагноз шизотипического расстройства личности, лишь один человек также соответствовал критериям шизофрении по *DSM-III-R.* Кроме того, как отмечено ранее, не обнаружено никаких твердых доказательств наличия какого-то одного типа личности, который приводит к шизофрении.

Сопутствующие расстройства Оси I

Такие пациенты могут иметь сопутствующий диагноз шизофрении. Фактически шизотипическое расстройство личности часто рассматривается как противоположный по отношению к шизофрении конец континуума. Шизофрения может проявляться в результате комбинации генетической предрасположенности и давления окружающей среды. У пациентов с шизотипическим расстройством личности может начаться психотическая дезинтеграция, особенно при социальной изоляции или усилении стресса. Когда эти люди еще больше теряют возможность проверить реальность с помощью других, возрастает вероятность того, что они обратятся к фантазии. Странное поведение и социальная изоляция создают замкнутый круг, так как чем более эксцентрично поведение, тем больше они испытывают насмешек и социального отвержения; эти переживания еще больше усиливают социальную тревогу и неадекватное поведение, все больше приводят к отдалению от людей.

Основные клинические стратегии

Одной из первых стратегий при работе с шизотипическими пациентами является установление нормальных психотерапевтических отношений. Так как эти пациенты, вероятно, будут иметь множество дисфункциональных убеждений, связанных с людьми, нельзя недооценивать важность психотерапевтических отношений. Их установление является первым шагом к уменьшению социальной изоляции. Это даже более важно, чем в случае с шизоидными людьми, поскольку шизотипический пациент без социального контакта больше рискует потерять способность к проверке реальностью. Кроме того, шизотипический человек также обычно ищет социальных отношений и испытывает большую боль в результате социальной изоляции. Чтобы улучшить социальные взаимодействия и разорвать описанный выше замкнутый круг, в качестве эффективной стратегии можно выбрать

расширение сети социальных контактов пациента.

В непосредственной связи с этим вторая психотерапевтическая стратегия должна включать в себя увеличение социальной адекватности. Для психотерапевта важно укреплять адекватность при контакте с пациентом, и это также может быть целью лечения. В дополнение к моделированию адекватного поведения и речи может быть проведено обучение социальным навыкам. Психотерапевт также должен учить этих пациентов выявлять их собственные неадекватные реакции.

При обучении социальным навыкам наиболее эффективна комбинация когнитивных и поведенческих вмешательств. Фиксация и идентификация автоматических мыслей и лежащих в их основе допущений относительно взаимодействия с другими может вести к оценке этих когнитивных структур. Например, шизотипический пациент может полагать: «Люди не будут любить меня» или «Я — изгой». В ходе фактического взаимодействия могут быть выявлены и поставлены под сомнение мысли о том, как другие воспринимают пациента, и убеждение, что они исследуют его. Также необходимо опробовать соответствующие реакции с помощью ролевой игры и установить иерархию социальных ситуаций, которые нужно проработать. Для этих вмешательств идеально подходят групповые занятия, поскольку пациент может наблюдать свои собственные взаимодействия и взаимодействия других в доброжелательной обстановке.

Другая важная стратегия заключается в том, чтобы поддерживать структурированность психотерапевтических сессий. Продуктивность этих пациентов из-за их беспорядочного когнитивного стиля в течение психотерапевтической сессии невелика. В дополнение к составлению плана сессии психотерапевт может помочь пациенту поставить себе одну, маленькую цель, которая будет достигнута в течение данной сессии. Например, при работе с социальной тревогой пациент к концу сессии может научиться задавать открытые вопросы.

Важнейшим аспектом лечения является обучение пациентов находить объективные свидетельства в окружающей обстановке, чтобы оценить свои мысли, а не полагаться на эмоциональные реакции. Кроме того, так как неадекватные мысли, вероятно, останутся частью жизни этих людей, важно учить их не придавать таким мыслям значения и рассматривать последствия эмоциональных или поведенческих реакций, вытекающих из таких мыслей. Как и со всеми пациентами, проходящими когнитивную психотерапию, важно помнить, что эти пациенты имеют много искаженных когнитивных структур, которые не могут быть преодолены путем рационального реагирования.

При работе с такими когнитивными структурами странные мысли могут рассматриваться как симптом, и рациональная реакция может быть сосредоточена на мыслях шизотипического человека об этих странных мыслях. Например, один пациент, который иногда думал, что он не настоящий, научился не обращать внимания на мысль «Я не настоящий», когда она возникала. Другая пациентка таким же образом могла относиться к параноидным мыслям. Когда она дома пила из стакана, к ней приходила мысль, что в напитке могут быть кусочки стекла. Так как не было никаких объективных доказательств этого, после некоторой практики она смогла перестать обращать внимание на эти мысли. Эта процедура помогает таким пациентам не придавать большого значения имеющимся у них странным представлениям. В этих случаях пациенты должны понять, что не обязательно эмоционально или поведенчески реагировать на эти мысли. Вместо этого могут быть заранее сформулированы утверждения, помогающие справиться с такими мыслями, например: «Вот я снова думаю об этом. Но это не значит, что эта мысль истинна».

Психотерапевт также может помочь пациентам рассмотреть факты, противоречащие их убеждениям. Например, можно следить за тем, сбываются ли предсказания пациентов. Один пациент полагал, что если он что-то отчетливо представит себе, то это случится. Обычно он испытывал страх, находясь на эскалаторе, поскольку представлял, как рвутся тросы. Хотя он полностью верил в такую возможность, он рассматривал это лишь как гипотезу. Основываясь на этой и других гипотезах, он делал предсказания относительно того, что случится, если он вообразит некоторые вещи. В ходе сессий и выполнения домашних заданий он проверил эти предсказания и обнаружил, что никакие факты не подтверждают его гипотез. Хотя в некоторой степени он все еще верил в свои допущения, он испытал некоторое эмоциональное облегчение, поняв, что обычно он был неточен в предсказаниях, и поэтому, что бы он теперь ни вообразил, это не обязательно случится.

Кроме работы с определенными когнитивными структурами, как только психотерапевт и пациент определят когнитивный стиль пациента, может быть спланировано вмешательство. Эти стили выражены вербально и препятствуют адекватной коммуникации пациента как на сессии, так и за ее пределами. Если пациент склонен опускать детали при интерпретации ситуаций, психотерапевт может попросить его быть более конкретным при ответах на вопросы о ситуации. С другой стороны, если пациент забывает о сути ситуации, отвлекаясь на посторонние детали, его можно попросить сделать краткое резюме. Если пациент соглашается работать со своим стилем коммуникации, может быть придуман условный сигнал (возможно, визуальный). Например, в случае склонности к чрезмерному

усложнению, когда психотерапевт подает такой сигнал, пациент должен сделать резюме. Также важно получить от пациента разумное объяснение чрезмерного количества деталей или их недостатка. Один пациент рассказывал, что он сообщал слишком много деталей, потому что хотел, чтобы его поняли. Когда он осознал, что на самом деле его понимали меньше, поскольку люди теряли тему разговора, он смог говорить не так обстоятельно.

Другая общая стратегия лечения состоит в том, чтобы помочь пациенту улучшить его жизнь в практическом отношении. Часто эти пациенты испытывают трудности с тем, чтобы устроиться на работу и удержаться на ней, не могут найти себе жилье или познакомиться с людьми. Любое конкретное вмешательство психотерапевта (например, навыки самопомощи, обучение навыкам личной гигиены или социальным навыкам) может оказаться очень полезным для улучшения образа жизни шизотипического человека.

Случай из практики

Фрэнк, 45 лет, давно страдающий эмоциональными нарушениями, сам обратился за помощью. Ранее он дважды был госпитализирован по поводу эпизодов, о которых, по его словам, он уже не помнил; он утверждал, будто его брат сказал, что он угрожал ему, хотя Фрэнк это отрицал. Он жил один и вел очень одинокий образ жизни. Он не работал уже несколько лет, хотя мечтал закончить обучение в колледже и устроиться на работу. По словам Фрэнка, он практически не поддерживал социальных контактов, если не считать принадлежности к одной экстремистской политической группировке. На встречах он иногда вступал в контакт с другими людьми, которые также выглядели одинокими. Иногда в течение дня он выходил на улицу, но обычно оставался дома и спал или смотрел телевизор. Гулять он предпочитал по ночам, когда его не разглядывают посторонние. Он ел и шел в библиотеку, где читал литературу на разные темы. В его квартире были грязь и беспорядок. Фрэнк сообщил, что всю жизнь «жил с краю», никогда полностью не участвуя в жизни. При поступлении на лечение он сообщил о следующих симптомах:

— *аффективные* : печаль, социальная тревога;

— *физиологические* : сердцебиение и потливость в социальных ситуациях;

— *когнитивные* : автоматические мысли о том, какой он неудачник; пугающие мысли о реакции на него окружающих;

— *поведенческие* : почти полная социальная изоляция, отклонения от темы при разговоре, избегание зрительного контакта.

Начальными целями лечения для Фрэнка были снижение его социальной тревоги и устройство на работу. Хотя его социальная неадекватность была очевидна с самого начала, психотерапевт чувствовал, что лучше подождать работать с нею, пока не установится взаимопонимание и не будет достигнут некоторый прогресс в решении других задач. Что касается социальной тревоги, то Фрэнку была предоставлена когнитивная модель и его научили фиксировать автоматические мысли. Часто они были бессвязными. Его обучили оценивать правильность мыслей. При этом отмечались некоторые причудливые мысли; они были названы «неадекватными автоматическими мыслями». Когда они возникали, Фрэнк просто отмечал их и считал, что они не стоили дальнейшего рассмотрения. Они отличались от других автоматических мыслей, которые он мог оценивать с помощью стандартных рациональных реакций.

Ниже приведен отрывок сессии, на которой работа велась с некоторыми из странных идей, которые были у Фрэнка относительно социальных взаимодействий.

Психотерапевт: Как шли ваши дела на этой неделе?

Фрэнк: По-разному. На этой неделе я ездил на встречу с членами другой политической группировки.

Психотерапевт: Как она прошла?

Фрэнк: Нормально. Джо — хороший парень, и, похоже, я ему нравлюсь. Правда, во время встречи я не мог не думать об Анне. Я представлял себе, что живу с ней.

Психотерапевт: Эти мысли мешали вам?

Фрэнк: Да. Я не хотел говорить с ней, потому что знал, что она узнает, о чем я думал.

Психотерапевт: Что свидетельствовало об этом?

Фрэнк: Это лишь странное подозрение. Я смотрел на нее, и она смотрела на меня, а затем я почувствовал, что она читает мои мысли.

Психотерапевт: Фрэнк, она говорила вам что-нибудь?

Фрэнк: Она поприветствовала меня после встречи, но затем продолжила говорить с другими. Я думаю, что ее раздражала моя тревога.

Психотерапевт: Итак, она не говорила вам ничего негативного и дружески поприветствовала

вас. Что заставило вас полагать, что ее реакция на вас была негативной?

Фрэнк: Я чувствую такие вещи.

Психотерапевт: Давайте вспомним, что мы говорили относительно умения чувствовать других людей. Мы на самом деле замечаем признаки реакций других людей, которые иногда трудно выразить словами, но вспомните, что часто это чувство — лишь отражение наших мыслей. Вы понимаете, что я имею в виду?

Фрэнк: Полагаю, что да, но эти чувства реальны.

Психотерапевт: Хорошо, чувства были реальны, но были ли они основаны на точных данных?

Фрэнк: Полагаю, что я чувствовал это из-за своих предположений.

Психотерапевт: Конечно, вы сделали допущение относительно ваших чувств, но не могла ли эта тревога быть результатом того, что вы боялись реакции Анны на вас?

Фрэнк: Но если бы я не чувствовал, что чувствует она, как бы я понял, что ее реакция именно негативная?

Психотерапевт: Хороший вопрос. Давайте посмотрим, как вы могли это понять. Давайте запишем настоящие показатели реакций других людей, а не ваши чувства, которые зависят от того, что вы думаете. Тем не менее помните: мы не знаем наверняка, что думают другие, даже если используем для оценки объективные признаки. Итак, каковы же эти признаки?

Фрэнк: Я полагаю, это то, что они говорят. Если они сообщают мне, что любят меня, или не разговаривают со мной, я узнаю, что они думают.

Психотерапевт: Звучит неплохо, но давайте посмотрим на это внимательнее. Если кто-то сообщает вам что-то явно позитивное или негативное, разумно предположить, что это именно то, что они думают. Вы это имели в виду?

Фрэнк: Да, и если они не делают этого, я могу предположить, что они не любят меня.

Психотерапевт: Это вторая часть, которая нуждается в дальнейшем рассмотрении. Если они ничего не говорят вам, вы предполагаете, что они не любят вас?

Фрэнк: Да.

Психотерапевт: Имеются ли другие объяснения такой реакции?

Фрэнк: Трудно сказать.

Психотерапевт: А что, если другой человек застенчив?

Фрэнк: Вы так полагаете?

Эта беседа свидетельствует о том, что Фрэнк был уверен в своей способности определять чувства и мысли других людей, но на самом деле плохо знал, как другие реагируют в социальных ситуациях. Психотерапевт и Фрэнк в том же духе продолжили отмечать признаки, на которые обычно полагался Фрэнк, и определять, какие из них были двусмысленными или ненадежными.

Когда Фрэнк научился выявлять и изменять мысли, психотерапевт дал ему ряд домашних заданий, выполняя которые Фрэнк мог бы вступать в контакт с другими людьми. Фрэнк должен был сходить в магазин, в библиотеку, поговорить с кем-нибудь. Затем ему нужно было пригласить кого-нибудь пообедать. В ходе лечения Фрэнк стал более социально адекватным, хотя у него оставалось много неадекватных автоматических мыслей. Когда они возникали во время сессии, психотерапевт и Фрэнк выявляли их и затем продолжали работу по своей теме.

Были трудности с трудоустройством Фрэнка. Продолжительные периоды он находился в больнице или был безработным, и ему не хватало образования и опыта для множества мест, где он хотел работать. После долгих поисков Фрэнк устроился на неполный рабочий день в букинистический магазин. Он нашел работу интересной, хотя все еще испытывал тревогу при общении с клиентами. Фрэнк продолжал еженедельно посещать психотерапевта и затем нашел подходящую психотерапевтическую группу. В отличие от многих пациентов, довольно быстро обучающихся навыкам, которые они могут применять самостоятельно, Фрэнк нуждался в продолжении еженедельных встреч с психотерапевтом.

Проблемы психотерапевта

Основной проблемой психотерапевта при работе с шизотипическими пациентами является получение от них согласия с планом лечения. Необходимо, чтобы психотерапевт установил хорошие отношения с пациентом, который должен захотеть работать с дисфункциональными паттернами. Даже притом что пациент может признавать ценность изменения поведения или убеждения, психотерапевт может обнаружить, что домашние задания не выполняются. Часто шизотипический человек испытывает одиночество в промежутках между психотерапевтическими сессиями и поэтому может продолжать жить в фантазиях. Иногда полезно увеличить частоту сессий в начале психотерапии или дать пациенту возможность каждый день звонить психотерапевту. Психотерапевт должен также стремиться разбивать

домашние задания на очень маленькие, выполнимые части, чтобы шизотипический человек хотел выполнять их и таким образом имел опыт достижения успеха.

Другая проблема психотерапевта обусловлена странностями в поведении, речи и эмоциях этих пациентов. По этой причине им часто будет трудно следить за ходом мыслей на сессии, и психотерапия, вероятно, будет продвигаться весьма медленно. Психотерапевт должен стремиться упрощать цели и модифицировать традиционные методы когнитивной психотерапии. Эти пациенты также необычно интерпретируют поведение психотерапевта; психотерапевт должен проявлять бдительность по отношению к эмоциональным изменениям пациентов и к их неадекватному поведению и выявлять у них соответствующие мысли. Кроме того, у пациентов может возникнуть сильная привязанность к психотерапевту, поскольку он может быть одним из немногих людей, с кем пациент общается в своей одинокой жизни. Также могут возникать неадекватные мысли относительно социального контакта с психотерапевтом. Психотерапевт должен внимательно относиться к этим мыслям, конечно, не выходя за рамки психотерапевтических отношений.

При условии, что психотерапевт имеет реалистические ожидания относительно того, что может быть сделано с этими пациентами, работа с ними может носить позитивный характер. Многие люди с этим расстройством могут научиться управлять значительной частью своего неадекватного поведения и мыслей и начать получать намного большее удовлетворение от жизни.

Глава 8.
Антисоциальное расстройство личности

Антисоциальные личности могут получать психотерапевтическую помощь в разных условиях, в зависимости от специфической смеси криминального поведения и клинической психопатологии. Это могут быть заключенные в тюрьме или исправительном учреждении, стационарные пациенты в психиатрической больнице или (реже) амбулаторные пациенты в поликлинике или у психотерапевта, занимающегося частной практикой. Независимо от того, идет ли речь о заключенном, стационарном или амбулаторном пациенте, источником мотивации для лечения обычно служит некто, оказывающий на пациента давление, чтобы тот изменился. Работодатели или преподаватели могут настаивать на том, чтобы антисоциальный человек пошел на лечение из-за проблем с выполнением работы или напряженных межличностных отношений. Часто такие направления являются настоящим ультиматумом: либо отправиться на лечение, либо потерять работу или быть исключенным из школы. Суды часто требуют, чтобы антисоциальные преступники прошли лечение. Во многих случаях посещение психотерапии требуется для условного освобождения. С учетом их типичной эксплуататорской установки по отношению к другим людям, неудивительно, что антисоциальные люди приходят на лечение из-за хронического конфликта в браке или со своими детьми. Антисоциальные пациенты с различными придуманными ими формами психопатологии также могут добровольно обращаться за амбулаторной помощью чтобы получить рецепт на некоторые лекарства. В последнем случае крайне важно определить попытку манипуляции и обеспечить соответствующее лечение или направление к наркологу для лечения от лекарственной зависимости.

Антисоциальное расстройство личности (АРЛ) — это трудная и социальнозлокачественная проблема. Известное своими специфическими поведенческими признаками в диагностических критериях по *DSM-III* и *DSM-III-R* (табл. 8.1), это расстройство включает преступные действия, которые угрожают людям и собственности. Объективные диагностические критерии показали самую высокую надежность среди всех расстройств личности по *DSM-III* при их испытании на стационарных психиатрических пациентах ($k = 0,49$; Mellsop, Varghese, Joshua, & Hicks, 1982), но, возможно, за счет некоторого снижения клинической валидности.

Таблица 8.1. Критерии антисоциального расстройства личности по *DSM-III-R*

А. Возраст на данный момент не младше 18 лет.

Б. По крайней мере *три* расстройства поведения из нижеследующих, проявившиеся до 15 лет:

1) пациент часто прогуливал занятия в школе;

2) не менее двух раз тайком от родителей или лиц, их заменяющих, уходил из дома на всю ночь (или один раз, но не возвратившись наутро);

3) часто затевал драки;

4) использовал оружие более чем в одной драке;

5) заставил кого-то вступить с собой в сексуальную связь;

6) проявлял жестокость к животным;

7) проявлял жестокость к людям;

8) преднамеренно разрушил чью-либо собственность (кроме поджога);

9) преднамеренно совершил поджог;

10) часто лгал (не в целях защиты от физического или сексуального насилия);

11) воровал, не нападая на жертву, более чем в одном случае (включая подлог);

12) воровал, нападая на жертву (например, грабеж с насилием, выхватывание кошелька, вымогательство, вооруженный грабеж).

В. Паттерн безответственного и антисоциального поведения после 15 лет, о чем свидетельствуют по крайней мере *четыре* из нижеследующих признаков:

1) пациент неспособен систематически выполнять работу, о чем свидетельствует любой из нижеследующих признаков (включая учебу, если речь идет о студенте):

а) безработица в течение шести месяцев или более за период в пять лет, когда ожидалось, что он будет работать и была возможность устроиться на работу;

б) частые невыходы на работу не по причине собственной болезни или болезни члена семьи;

в) увольнение с нескольких работ без реалистичных планов по трудоустройству;

2) не может приспособиться к социальным нормам законопослушного поведения, на что указывают неоднократные антисоциальные действия, которые являются основанием для ареста (независимо от того, имел ли место арест), например разрушение собственности, посягательство на личность, кражи, занятие незаконной деятельностью;

3) раздражителей и агрессивен, на что указывают повторяющиеся драки или нападения (не считая осуществленных ввиду выполнения служебных обязанностей или в целях защиты других или себя), включая избиение супруги или ребенка;

4) неоднократно оказывался не в состоянии выполнить финансовые обязательства, на что указывает регулярная неуплата долгов или алиментов на детей или других зависимых от него людей;

5) не в состоянии планировать свои действия или импульсивен, на что указывают один или оба из нижеследующих признаков:

а) переезжает с места на место, не найдя заранее работы и не имея ясной цели путешествия или представления относительно того, когда закончится путешествие;

б) не имеет постоянного адреса в течение месяца или более;

6) не расположен говорить правду, на что указывают неоднократная ложь, использование псевдонимов и «надувательство» других ради личной выгоды или удовольствия;

7) пренебрегает собственной безопасностью или безопасностью других людей, на что указывает вождение машины в состоянии опьянения или периодическое превышение скорости;

8) если это родитель или опекун, испытывает недостаток ответственности, на что указывают один или более признаков из нижеследующих:

а) недостаточное кормление ребенка;

б) болезнь ребенка, вызванная отсутствием минимальной гигиены;

в) неоказание медицинской помощи серьезно больному ребенку;

г) забота о питании и защите ребенка возложена на соседей или живущих отдельно родственников;

д) отказ нанять няню для маленького ребенка, когда родитель отсутствует дома;

е) неоднократная трата на персональные нужды денег, требующихся для домашнего хозяйства;

9) никогда не поддерживал полностью моногамных отношений более чем один год;

10) лишен совести (считает оправданными причинение вреда, плохое обращение или кражу).

Г. Наличие данных симптомов не только в остром периоде шизофрении или в случае маниакальных эпизодов.

Примечание. Из «Руководства по диагностике и статистической классификации психических расстройств» (3-е изд., перераб.), (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd ed., rev.). American Psychiatric Association, 1987, Washington, DC: Author, p. 344–348). ©1987, Американская психиатрическая ассоциация. Воспроизведено с разрешения.

Исследования в антисоциальной психопатологии были построены на предположении о том, что имеется систематически определимое расстройство, которое отличается от преступного поведения. Однако степень важности криминального поведения является при этом спорным вопросом. Основываясь на работах Клекли (Cleckley, 1976) и Миллона (Millon, 1981), Хэйр (Hare, 1985a, 1986) утверждает, что в *DSM-III* уделяется слишком большое внимание делинквентному и криминальному поведению и игнорируется проблема черт личности, которые могут лежать в основе этих форм поведения. Как указывает Хэйр, отсутствие конфликта с законом в раннем возрасте может позволить человеку избежать диагноза по *DSM-III* , даже если выявлены другие существенные черты психопатии.

Ранние работы Клекли (Cleckley, 1976) и Робинса (Robins, 1966) помогли определить некоторые черты личности, которые часто имеются у антисоциальных людей. Хэйр (Hare, 1985b) пересмотрел

предложенную Клекли (Cleckley, 1976) контрольную таблицу для определения этих существенных черт (табл. 8.2). Подобно большинству оценок, основанных на измерении черт, контрольная таблица психопатии включает некоторые описания способностей, но она требует более субъективных суждений, чем поведенческие критерии диагноза по *DSM-III-R.*

Таблица 8.2. Пункты «Пересмотренной контрольной таблицы психопатии»

1. Многоречивость/поверхностное обаяние.
2. Гипертрофированное чувство собственной ценности.
3. Потребность в стимуляции/склонность к скуке.
4. Патологическая лживость.
5. Склонность к мошенничеству/манипуляции.
6. Отсутствие совести или чувства вины.
7. Поверхностные эмоции.
8. Черствость/отсутствие эмпатии.
9. Паразитический образ жизни.
10. Неспособность управлять своим поведением.
11. Промискуитетное сексуальное поведение.
12. Рано возникающие проблемы с поведением.
13. Недостаток реалистичных, долгосрочных планов.
14. Импульсивность.
15. Безответственность.
16. Неспособность брать на себя ответственность за собственные действия.
17. Большое количество краткосрочных брачных отношений.
18. Делинквентное поведение в юности.
19. Аннулирование условного освобождения.
20. Многостороннее преступное поведение.

Примечание: Из «Пересмотренной контрольной таблицы психопатии» Р. Хэйра, 1985, цит. по: M. H. Ben-Aron, S. J. Hucker and C. Webster (Eds.), *Clinical Criminology.* Toronto: M. & M. Graphics. ©1985 M. & M. Graphics. Воспроизведено с разрешения.

Исторический обзор

Термины «психопатия», «социопатия» и «антисоциальное расстройство личности» часто используются взаимозаменяемо. К сожалению, нет никакого единственного набора определяющих критериев, которые являются общими для трех этих терминов. В большом количестве существующей литературы отмечается взаимозаменяемое использование этих терминов, наряду с отличием в методах для определения исследуемой популяции. В результате отношение исследований психопатии и социопатии к пациентам с АРЛ может быть установлено только опытным путем, поскольку среди этих популяций могут быть существенные различия. Тем не менее литература по лечению АРЛ была основана прежде всего на эмпирических исследованиях, проводимых на испытуемых (обычно преступниках, а не психиатрических пациентах), определяемых как психопаты или социопаты. По этой причине важно кратко рассмотреть главные тенденции в этой литературе.

В литературе по психопатии уделено значительное внимание различию между «первичной» и «вторичной» психопатиями (Cleckley, 1976). Первичный психопат отличается очевидным отсутствием тревоги или вины относительно своего противоправного или безнравственного поведения. Из-за его способности, например, преднамеренно лгать ради личной выгоды или причинять физический вред другому человеку, не испытывая нервозности, сомнений или раскаяния, первичная психопатия расценивается как недостаток моральной ответственности. Вторичный психопат — человек, который может проявлять то же самое эксплуататорское поведение, но сообщает о чувстве вины, вызванном причинением вреда другому человеку. Он может бояться вероятных последствий проступка, но продолжает вести себя антисоциальным образом, возможно, из-за плохого контроля над побуждениями и эмоциональной лабильности. Заключенные, квалифицированные на основе значительно более низкой тревоги как первичные психопаты, чаще демонстрировали тяжелые формы агрессивного поведения (Fagan & Lira, 1980) и сообщали о меньшем по сравнению с заключенными с вторичной психопатией соматическом возбуждении в ситуациях, когда они чувствовали недоброжелательность со стороны других (Blackburn & Lee-Evans, 1985).

В многочисленных лабораторных исследованиях проверялась гипотеза о том, что первичные психопаты страдают от дисфункции центральной нервной системы, приводящей к повышению порога

реагирования автономной нервной системы на опасность (Lykken, 1957; Quay, 1965). Однако, как указывает Хэйр (Hare, 1986), имеются доказательства, что при многих условиях психопаты как группа не отличаются от нормальных людей по реакциям автономной нервной системы и поведенческим реакциям. Например, психопаты обнаружили способность к научению на опыте под воздействием конкретных, хорошо определенных, материальных и лично значимых обстоятельств типа получения или потери доступа к сигаретам. Таким образом, согласно Хэйру, результатам лабораторных исследований пониженной активности КГР у первичного психопата, возможно, придавалось слишком большое значение, тем более что на эту реакцию могут оказывать влияние самые разные формы когнитивной деятельности. В качестве альтернативы, характеристики реакции психопатов могут быть прояснены путем дифференциации мотивационных и когнитивных особенностей.

Рассматривая некоторые исследования когнитивного развития, Каган (Kagan, 1986) делает вывод, что у социопатов обнаруживается задержка в развитии со стороны нравственной зрелости и когнитивных функций. Каган описывает нравственное и когнитивное развитие социопатов как организованное на втором эпистемологическом уровне по Колбергу (Kohlberg, 1984), что наблюдается у детей с задержкой развития. На этом уровне когнитивные функции регулируются в соответствии с концепцией конкретных операций Пиаже. Такие люди обычно неспособны правильно оценивать свои возможности. Они опираются скорее на личное, чем на межличностное, представление о мире. Пользуясь социально-когнитивными терминами, можно сказать, что они не могут рассматривать точку зрения других людей, сохраняя при этом свою. Они также не могут исполнять роль другого человека. Их мысли линейны и касаются других людей только тогда, когда те реализуют желания этих пациентов. Из-за данных когнитивных ограничений их действия не основаны на социальном выборе.

Каган также ссылается на проведенное Эриксоном (Erikson, 1950) исследование людей с задержкой развития в контексте проблемы психосоциального развития и старательности. Люди, имеющие проблемы со старательностью, стремятся получить выгоду и «полны планов», они не беспокоятся о том, как их оценивают другие, что характерно для подросткового и юношеского возраста. Далее Каган предполагает, что лечебные вмешательства при социопатии лучше всего проводить, руководствуясь стратегией, включающей ограничение стремления пациентов к независимости и стимулирование понимания прав и чувств других людей.

Лечебные вмешательства

Общие соображения

Лечебные вмешательства при работе с людьми, имеющими АРЛ, связаны с существенными трудностями. Имеется мало доказательств эффективности лечения таких клиентов, не считая усиления контроля над их разрушительными формами поведения в стенах исправительных учреждений. Все же в случаях с АРЛ осуществлялись вмешательства на различных популяциях без предварительной систематической диагностики (Barley, 1986; Templeton & Wollersheim, 1979). В литературе распространен пессимистический взгляд на эту проблему, и первичные психопаты изображаются как люди, лишенные чувства вины или способности к любви (McCord & McCord, 1964) и в результате невосприимчивые к психотерапии из-за отсутствия совести. Психоаналитическая терапия обычно считается неподходящей и бесполезной для АРЛ, кроме случаев, когда это расстройство сочетается с нарциссизмом (Kernberg, 1975; Person, 1986).

Основания для когнитивной психотерапии

Оставшаяся часть этой главы посвящена клиническому применению в когнитивной психотерапии АРЛ модели Бека (Beck, 1967; Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979). В этой модели лечения предполагается, что изменения в эмоциях и поведении могут быть вызваны вовлечением пациентов в процесс оценки и проверки их основных допущений относительно ключевых проблемных областей. Кроме того, предполагается, что когнитивные структуры, эмоции и поведение являются отражением основных схем или правил. Дисфункциональные схемы могут быть связаны с проблемами в психосоциальном развитии, решением которых следует заняться, если поставлена цель долговременного улучшения (Freeman, 1986).

Когнитивная психотерапия АРЛ не стремится строить лучшую нравственную структуру через индукцию эмоций типа тревоги или стыда, ее цель — улучшение нравственного и социального поведения через улучшение когнитивной деятельности. В целом исходя из основных теорий нравственного (Kohlberg, 1984; Gilligan, 1982) и психосоциального развития (Erikson, 1950), мы предлагаем основывать план лечения на стратегиях, предложенных Каганом (Kagan, 1986) для

содействия когнитивному росту. Это включало бы в себя стимулирование перехода от конкретных операций и самоопределения к более формальным когнитивным операциям абстрактного мышления и анализа межличностных отношений. Нравственность расценивается как измерение в рамках более широкого эпистемологического контекста или способов мышления и познания.

Вместо деления пациентов по признакам первичной и вторичной категорий данного расстройства, что приводит к игнорированию первичных пациентов как безнравственных, когнитивный подход состоит в том, чтобы различать пациентов по навыкам предвидения и учета возможных негативных последствий их действий. Кроме того, на действия антисоциальных пациентов сильно влияют разнообразные дисфункциональные убеждения относительно себя, мира и будущего, которые типично поддерживаются отдельными переживаниями. Когнитивная психотерапия предназначена, чтобы помочь пациенту с АРЛ отказаться от мышления главным образом в конкретных, непосредственных понятиях и рассматривать более широкий спектр возможностей и альтернативных убеждений.

Диагностические признаки

Когда пациент с АРЛ поступает на лечение, клиницист стоит перед начальной задачей определения расстройства и заключения контракта о лечении. В формулировке лечебного контракта клиницист должен открыто проинформировать пациента о его диагнозе АРЛ и установить четкие пределы его участия в лечении. В противном случае антисоциальный пациент вряд ли будет иметь причину или цель для продолжения психотерапии. Такие люди видят свои проблемы в том, что другие люди неспособны принять их или хотят ограничить их свободу.

Для установления диагноза АРЛ необходимо всестороннее обсуждение истории жизни пациента. Оно должно включать в себя получение информации об отношениях с людьми, успехах в учебе и работе, военной службе, арестах и судимостях, а также условиях жизни, физическом здоровье, употреблении психоактивных веществ и Я-концепции. Также должна быть предпринята попытка рассмотреть дополнительные источники данных, чтобы не полагаться полностью на точку зрения пациента. В рамках совместного исследования психотерапевт может предложить пациенту привести на психотерапевтическую сессию значимых других, чтобы они могли со своей позиции рассказать о жизни пациента. Значимыми другими могут быть супруг или другие члены семьи, родственники или друзья. Психотерапевт также должен с письменного разрешения пациента получить копии необходимых документов, таких как история болезни или материалы уголовных дел.

В результате сбора этих сведений может быть составлен список проблемных областей. Этот список далее можно использовать при выборе содержания и точки приложения последующих психотерапевтических сессий. Когда определен список конкретных проблем, желательно установить требующиеся отношения сотрудничества и взаимопонимание, а также ознакомить пациента с основной структурой психотерапии. Помня о низкой толерантности антисоциального пациента к скуке, важно не тратить слишком много времени на сбор информации и построение отношений без того, чтобы осуществить определенные лечебные вмешательства. Таким образом, краткий обзор жизни пациента и его текущего состояния и предварительное «опробование психотерапии» — это все, что психотерапевт должен сделать до начала лечения.

В пределах каждой проблемной области полезно выявить когнитивные искажения, на которые будут направлены вмешательства. Пациент с АРЛ обычно имеет множество обслуживающих его интересы убеждений, которые определяют его поведение. Они часто включают следующие шесть убеждений, хотя не обязательно ограничены ими.

1. Оправдание: «Желание чего-то или желание избежать чего-то оправдывает мои действия».
2. Доверие к мыслям: «Мои мысли и чувства полностью точны, просто потому что они мои».
3. Собственная непогрешимость: «Я всегда делаю правильный выбор».
4. Чувства определяют факты: «Я знаю, что я прав, потому что чувствую себя правым в том, что я делаю».
5. Бессилие других: «Мнение других людей не имеет отношения к моим решениям, если оно не влияет на результат моих действий».
6. Недооценка последствий: «Нежелательные последствия не произойдут или не коснутся меня».

Таким образом, автоматические мысли и реакции антисоциальных пациентов часто искажаются обслуживающими их интересы убеждениями, которые подчеркивают значение непосредственного удовлетворения и минимизируют будущие последствия. Основное убеждение в собственной правоте делает маловероятным то, что они подвергнут свои действия сомнению. Пациенты могут отличаться по степени доверия или недоверия к другим людям, но они вряд ли будут искать помощи или совета в каких-либо конкретных делах. Поскольку их поведение обычно нежелательно и даже возмутительно для других людей, пациенты с АРЛ могут часто получать непрошеные советы от окружающих, которые

хотят, чтобы они изменили свое поведение. Вместо того чтобы признать потенциальную полезность такой информации, пациенты с АРЛ склонны отбрасывать эту информацию как не имеющую отношения к их целям. Кроме того, антисоциальные искажения свидетельствуют об утрате способности предвидеть будущее. Отсутствие у антисоциальных пациентов беспокойства о будущем можно поместить на одном конце континуума, а на другом — чрезмерное стремление обсессивно-компульсивных пациентов к перфекционистским целям.

Цели когнитивной психотерапии

Процесс когнитивной психотерапии АРЛ можно представить в терминах иерархии когнитивной деятельности, когда клиницист пытается вести пациента к более высокому, более абстрактному уровню мышления посредством управляемых обсуждений, структурированных когнитивных упражнений и поведенческих экспериментов. Мы начинаем с основной иерархии, которая базируется на теориях нравственного и когнитивного развития. Конкретные шаги следует разработать на основе индивидуальных особенностей проблемного мышления и проблемной деятельности пациента. На самом низком уровне иерархии пациент думает только в понятиях личного интереса, основывая выборы на получении наград или избегании непосредственного наказания, не принимая во внимание других людей. Именно на этом уровне антисоциальные пациенты действуют большую часть времени до лечения. Уже описанные дисфункциональные убеждения работают на этом уровне как безоговорочные правила. Антисоциальные пациенты на этом уровне делают что хотят, твердо веря, что всегда действуют в своих интересах, и остаются невосприимчивыми к корректирующей обратной связи.

На следующем основном уровне пациент осознает последствия своего поведения и до некоторой степени понимает, как оно воздействует на других, а также видит свою выгоду в будущем. Это уровень, на который клиницист обычно пытается вывести пациента с АРЛ. Это можно сделать, помогая пациенту усвоить концепцию дисфункциональных мыслей и поведения и поощряя его проверить альтернативные решения, которые могли бы изменить его правила жизни. Например, пациенты с АРЛ могут осознать, что представления других в конечном счете влияют на получение того, что они хотят, даже если от таких представлений не зависит непосредственный результат определенной ситуации. Постепенно такие пациенты приобретают навык рассматривать «возможные» варианты и одновременно видеть текущую ситуацию. Они уже не так твердо убеждены, что всегда «правы»; они способны понимать новую информацию и в соответствии с ней изменять свое поведение.

Третий основной уровень иерархии определить сложнее, так как среди ученых существуют противоречия относительно того, что составляет самый высокий уровень нравственного развития. В понятиях нравственности или межличностных отношений человек демонстрирует чувство ответственности или заботу о других, что предполагает уважение потребностей и желаний других людей или соблюдение законов как руководящих принципов жизни на благо общества. На втором уровне человек обнаруживает беспокойство в связи с определенными людьми в некоторых ситуациях, когда он может что-то получить или потерять. На третьем уровне человек обнаруживает бóльшую способность учитывать потребности окружающих. Он может с уважением относиться к установленному порядку или к обязательствам по отношению к другим людям, поскольку заботится об их благосостоянии и считает отношения с людьми важной частью своей жизни.

Краткий пример может помочь проиллюстрировать общую схему только что описанной когнитивной иерархии. Рассмотрим антисоциального мужчину, стремящегося удовлетворить половое влечение. На первом уровне он преследует избранную партнершу, не принимая во внимание ее интересы или последствия своих действий. Например, один молодой человек описал свои типичные отношения как состоящие только из сексуальной активности в то время, когда ему это было удобно. Его подруга неоднократно просила, чтобы он сходил с ней в какое-либо общественное место, например ресторан, потому что хотела, чтобы он пригласил ее на «свидание». Молодой человек не имел никакого желания отвечать на любые ее просьбы по расширению их отношений или даже на ее просьбы об использовании некоторых сексуальных техник. Он чувствовал себя весьма комфортно, преследуя собственные сексуальные цели, независимо от ее чувств.

На втором уровне на этого антисоциального молодого человека могли бы в некоторой степени повлиять интересы или желания других людей. Например, он мог бы для своей же пользы иногда выполнять некоторые из просьб подруги. «Время от времени нужно делать ее счастливой, и она будет продолжать давать мне то, что я хочу», — таким могло бы быть его объяснение своих действий. На третьем уровне он мог бы больше сосредоточиться на взаимных интересах, а также на отдаленных последствиях своего поведения. Например, он мог бы предпринять усилия, чтобы удовлетворять, а не фрустрировать свою подругу, потому что это — лучший способ обращения с другими людьми и потому что это способствовало бы установлению более устойчивых и удовлетворяющих их обоих отношений.

Отдельные вмешательства

Чтобы с самого начала противодействовать защитной установке пациента по отношению к лечению, психотерапевт может сформулировать его проблему как нарушение образа жизни, которое имеет корни в детстве или ранней юности, развивается в течение длительного времени и вызывает серьезные негативные последствия. Также можно указать, что АРЛ является скрытой угрозой, потому что люди, страдающие от этого расстройства, обычно не могут осознавать своих симптомов и не ощущают никакого дискомфорта, пока расстройство не разовьется. Как только расстройство проявляется, психотерапевт может предложить попробовать заняться психотерапией, в течение которой пациент узнаёт, как действует лечение, и решает, хочет ли он в нем участвовать. Пациенты также должны быть проинформированы о том, что после пробной попытки продолжительность лечения может быть увеличена до 50 сессий или больше, в зависимости от серьезности их расстройства и успешности лечения.

В качестве общей стратегии подготовки пациента к лечению можно представить ему психотерапию как ряд встреч с заинтересованным наблюдателем с целью оценки ситуаций, которые могут ограничивать независимость пациента и препятствовать получению того, что он хочет. Работая с этим чувством независимости, психотерапевт начинает обучать пациента процессу абстрактного мышления, составляющему «царство возможностей». Психотерапевт делает это, помогая пациенту осознать, как дисфункциональные убеждения искажают его временну́ю перспективу и лишают его важнейшей информации. В свою очередь это значительно усложняет для пациента с АРЛ установление ясных приоритетов и эффективное их достижение. Для более успешного достижения пациентом целей его можно попросить делать выводы не так быстро и смотреть на вещи шире, учитывая дополнительные возможности.

Руководящие принципы вовлечения пациента в лечение включают регулярное посещение сессий, активное участие в дискуссиях, планировании домашней работы и завершении сессий. Объясняя эти руководящие принципы, клиницист пытается создать у пациента представление о психотерапии как о добровольном и полезном занятии. Если поведение пациента с самого начала предполагает несоблюдение руководящих принципов лечения, например отмечается неспособность придерживаться графика встреч, враждебность или необщительность на сессиях, отсутствие попыток выполнять домашние задания, то психотерапевт должен прямо спросить пациента о его отношении к лечению. Если ободрение или разъяснение лечебного контракта не приводит к лучшей реакции, психотерапевт должен, приблизительно на четвертой сессии, обсудить с пациентом, стоит или нет продолжать этот курс лечения.

Другие варианты лечения могут включать дополнительное двухнедельное испытание для «тяжелых на подъем», направление для альтернативных услуг типа семейной психотерапии, программу интенсивного лечения для стационарных пациентов, направление в дневной стационар или направление к должностному лицу, осуществляющему надзор за условно осужденными. Психотерапевтам советуют продолжить лечение, лишь когда становится ясно, что пациенты получают от этого пользу. Иногда пациенты с АРЛ приходят на психотерапию, чтобы избежать тюремного заключения; в таких случаях их участие в лечении может быть очень незначительным. Психотерапевты, которые считают нужным продолжать лечение, чтобы уберечь своих непокладистых пациентов от тюрьмы, могут действовать исходя из предположения, что таких людей нужно спасти. В этом случае психотерапевты не понимают, что, защищая пациентов от юридических последствий их действий, они могут поддерживать антисоциальное поведение.

Пытаясь обсуждать список проблем, психотерапевт, вероятно, снова столкнется с отрицанием пациентом наличия проблем. Попытка вынудить пациента согласиться с тем, что у него есть проблемы, вероятно, повредит взаимопониманию и приведет к уклонению от лечения, выходу из психотерапии или продолжению силовой борьбы. Вместо этого психотерапевт может рассмотреть критерии для АРЛ и сравнить их с анамнезом пациента. Пациенту можно напомнить, что он страдает серьезным расстройством, влияющим на его суждения и поведение, и что это может иметь для него очень негативные долгосрочные последствия (такие, как отчуждение друзей и семьи, физический вред от других людей или длительное тюремное заключение). Таким образом, пациент может захотеть использовать психотерапию для оценки потенциальных изменений прежде, чем они произойдут. Пациенты, чьи проблемы определены как симптомы расстройства, меньше чувствуют, что их обвиняют в плохом поведении. После этого психотерапевт может продолжать осуществлять систематический обзор выборов в различных областях жизни, используя прием направляемого открытия, чтобы помочь пациенту определить преимущества и недостатки определенных выборов. Наиболее вероятно, что антисоциальные пациенты осознáют свои проблемы, если увидят, какой материальный ущерб они наносят самим себе в повседневной жизни.

Например, Сэм, молодой человек с АРЛ, был на грани исключения из школы стоматологов. Сэм полагал, что он должен делать то, что хочет, например критиковать супервизоров или не приступать к учебе после выходных до среды, даже когда у него был назначен прием пациентов в понедельник и вторник. Он рассматривал последствия этих действий главным образом как проблемы других людей, а не свои. Сэм был склонен не обращать внимания на людей, которые пробовали убеждать его, что он должен стыдиться своего плохого поведения, или вел себя агрессивно по отношению к этим людям. В качестве альтернативы такому поведению психотерапевт помог Сэму осознать, что исключение из школы будет нежелательным для него самого и этого следует избежать. Обсуждение во время психотерапии было сосредоточено на способах изменения его убеждения, что он может делать что-то, если *чувствует* , что хочет это делать. Сэм работал над преодолением поведения, которое оправдывал своими чувствами. Он делал это, чтобы достичь своей цели — окончания школы стоматологов.

Принятие конструктивных решений

Для рассмотрения различных проблемных областей и оценки соотношения между выгодой и риском при различных выборах психотерапевты могут использовать структурированный формат. Для этой цели было разработано упражнение «Обзор выборов» (см. табл. 8.3). Части упражнения могут быть приспособлены для домашней работы или могут быть изменены, чтобы соответствовать потребностям определенных пациентов. Формат упражнения предназначен для неоднократного использования в различных сферах деятельности, чтобы помочь пациенту с АРЛ в развитии способности учитывать все свои возможности. Первый шаг заключается в определении некой ситуации, связанной с текущими проблемами или противоречиями, после чего нужно перечислить факты, связанные с этой ситуацией. В качестве примеров можно назвать определенные отношения, статус на работе или состояние здоровья. Далее пациент оценивает свою удовлетворенность этими фактами по шкале со значениями от 0 до 100.

Таблица 8.3. Упражнение «Обзор выборов»

Примечание: «S =» оценки указывают удовлетворение пациента фактами ситуации по шкале со значениями от 0 до 100; «E =» оценки указывают оценку пациентом эффективности каждого выбора по шкале со значениями от 0 до 100.

Затем во вторую колонку записывается как можно больше выборов. Колонка выбора типично включает текущее дезадаптивное поведение, так же как предположительно более адаптивные альтернативы. Варианты в колонке выбора включают непосредственные, «автоматические» реакции пациента, а также другие возможности, которые возникают в результате обсуждения между пациентом и психотерапевтом. В двух соседних колонках отмечаются преимущества и недостатки каждого выбора. Здесь психотерапевт может указать недостатки дезадаптивного поведения, которые пропустил пациент. Также могут быть указаны преимущества более адаптивных выборов. Наконец пациент оценивает, насколько эффективным может быть каждый выбор, используя шкалу со значениями от 0 до 100.

Продолжением этого упражнения мог бы быть обзор последующих поведенческих выборов, сделанных в обсужденных проблемных областях с одновременной оценкой их эффективности. Повторные неэффективные выборы могли бы указывать на потребность снова рассмотреть преимущества и неудобства или могли бы выдвинуть на первый план потребность обратить внимание на некоторые недостающие навыки. В качестве альтернативы пациенту может быть необходимо выяснить, почему он продолжает делать неэффективные выборы. Это может происходить из-за некоторых не обнаруженных ранее дисфункциональных убеждений.

Взаимодействие психотерапевта и пациента

Клиницистам рекомендуется разъяснять пациентам, что они играют роль не арбитра или судьи, а скорее помощника или партнера в оценке личности. Цель психотерапии состоит в том, чтобы рассмотреть эффективность текущих выборов пациента и обучить его когнитивной стратегии достижения успеха. Вместо нравоучений психотерапевт пытается указывать на последствия, которые могли бы вызвать неосознанные проблемы с точки зрения пациента. В конечном счете пациент сам определяет, что для него будет успехом. Психотерапевт сосредоточивает свои усилия на помощи пациенту в выяснении его личных приоритетов. Когнитивный психотерапевт пытается научить пациента думать и действовать по-другому, более обдуманно, а не подталкивать его к тому, чтобы переоценить свое поведение в прошлом.

Чтобы далее структурировать эту роль, психотерапевтам рекомендуется не брать на себя ответственность за распределение важного для этих пациентов подкрепления. Вероятно, это будет

проблемой главным образом для стационарных условий, где психотерапевты часто отвечают за доступ к привилегиям. Если позволяет штатное расписание, может быть полезным иметь одного клинициста, определяющего привилегии, основанные главным образом на внешнем поведении пациента, и другого — для ведения когнитивной психотерапии. Если используется эта стратегия, то когнитивный психотерапевт должен добросовестно избегать роли третейского судьи в любых спорах или вставать на защиту пациента в конфликтах с третьими лицами. Другие сотрудники могут направить пациента к когнитивному психотерапевту, чтобы рассмотреть возникшую проблему.

Установление и поддержание взаимопонимания с антисоциальным пациентом — сложная, но очень важная составная часть лечения. Адекватная когнитивная психотерапия требует довольно позитивного взаимопонимания в рамках сотрудничества как необходимого, но недостаточного условия для проведения вмешательства. Главная причина, по которой психотерапевт не должен выполнять функции контроля над пациентом, состоит в том, что необходимо поддерживать взаимопонимание, избегая силовой борьбы. Другой способ избежать непродуктивной силовой борьбы состоит в том, чтобы признать свою уязвимость к манипуляции (Frances, 1985). Психотерапевт действительно может завоевать доверие, отметив эффективность этого навыка у антисоциального пациента. Такие пациенты порой лгут психотерапевту. Психотерапевт может преодолеть это препятствие, допуская подобное явление и таким образом уберегая себя от роли арбитра правды. Если психотерапевт попытается показать свою бескомпромиссность, антисоциальный пациент, вероятно, будет воспринимать это как вызов и захочет доказать, что психотерапевтом можно манипулировать.

При работе с антисоциальными пациентами психотерапевтам рекомендуется использовать следующие принципы.

1. Поведение психотерапевта должно способствовать достижению взаимопонимания и не отпугивать пациента с АРЛ. Пациент должен рассматривать психотерапевта как хорошо осведомленного, доброжелательного профессионала, а не как фигуру, наделенную карательными полномочиями. Следующие характеристики могут помочь психотерапевтам оказывать желаемое влияние на психотерапевтические отношения:

а) уверенность в себе;
б) заслуживающая доверия, но не безошибочная объективность;
в) ненапряженный и необоронительный межличностный стиль;
г) отчетливое видение личных границ;
д) хорошо развитое чувство юмора.

Каждое из этих свойств может быть усовершенствовано как важный инструмент в попытке достичь взаимопонимания с антисоциальным пациентом.

2. Эти пациенты способны реагировать на наиболее прямые и конкретные стороны поведения психотерапевта. Поэтому излишняя подозрительность, легкая внушаемость, а также установки превосходства, отчужденности или жалости способны уменьшить взаимопонимание и увеличить количество контрпродуктивных реакций.

3. Если психотерапевт хочет способствовать развитию юношеских психосоциальных характеристик, то важно рассмотреть способы развития у пациентов с АРЛ некоторой идентификации с психотерапевтом «на равных». Один пациент с АРЛ рассматривал женщину-психотерапевта «как свою сестру», потому что она выслушивала его и помогала ему расположить по приоритетам его семейные проблемы, вместо того чтобы читать ему лекции или увещевать его. Другие психотерапевты достигали такого же взаимопонимания, тратя время на то, что играли в карты с заключенными или пациентами либо брали себе за правило знать самые последние шутки, имеющие хождение в камерах, чтобы их считали «своими парнями». Не существует простых формул для достижения взаимопонимания, потому что правильная комбинация будет меняться в зависимости от характеристик психотерапевта, пациента и обстановки.

При работе с антисоциальными пациентами психотерапевты могут испытывать сильные эмоциональные реакции, которые часто называют «реакциями контрпереноса». Среди них выделяются подозрительность и гнев, а также потеря веры в успешность вмешательств. Первая ошибка, как отмечено ранее, заключается во вступлении в силовую борьбу, что заставляет психотерапевта следить за тем, чтобы его не обманули. Борьба с пациентом и стремление уличить его во лжи приводят к тому, что пациент начинает раздражать психотерапевта. Эти чувства также могут являться признаком того, что психотерапевт занялся нравоучениями и стремится наказать пациента за неправильное поведение. В таких случаях для психотерапевта может быть полезно, чтобы кто-то другой играл роль судьи и арбитра при оценке последствий поведения пациента. Следует избегать этой роли, так как критика в адрес пациента и попытки руководить им вызывают его сопротивление и защитную реакцию. Вместо этого когнитивный психотерапевт помогает пациенту научиться делать лучший выбор.

Психотерапевты могут чувствовать фрустрацию и безнадежность, сталкиваясь с ограниченностью

своих возможностей в лечении антисоциальных пациентов. Некоторые из этих людей кажутся полностью равнодушными к психотерапевтическим взаимодействиям. Одной из таких групп сложных пациентов могут быть наиболее закоренелые преступники, которые считают, что им нечего терять. Другой группой могут быть постоянные амбулаторные больные, ведущие паразитический образ жизни (нередко наркоманы) и пытающиеся играть с законом. Они прекращают лечение после сессии или двух, когда им становится ясно, что психотерапевт не попадется на их удочку.

Психотерапевтов могут беспокоить и такие мысли, как «Почему я должен помогать этому подонку?». Может показаться, что антисоциальными пациентами невозможно управлять и их едва ли можно изменить, и поэтому не стоит тратить силы на психотерапию. Неверие в эффективность лечения может быть преодолено, если сосредоточиться на довольно узких целях, включая изменение поведения, которое опасно для пациента или других людей. Психотерапевтам не стоит недооценивать скромных усилий. Психотерапия может проходить постепенно, начинаясь с большего акцента на поведении и смещаясь на когнитивные процессы. Поведение антисоциальных пациентов никогда не соответствует правилам общества из-за их внутренних установок относительно ответственности. Но они могут оценить некоторые преимущества анализа своего поведения и учета чувств других людей.

Случай из практики

Следующий случай иллюстрирует, как можно применять когнитивный подход к лечению пациентов с диагнозом АРЛ. Он включает в себя упражнение «Обзор выборов» в рамках индивидуально разработанного лечебного вмешательства. Несмотря на сложность этого клинического случая, успех лечения был связан с ограниченным вмешательством, сосредоточенным на проблемах родительской безответственности и раздражительности в межличностных отношениях. В ходе лечения когнитивные структуры этой пациентки постепенно изменялись от ее сосредоточенности на своих личных интересах и непосредственных эмоциональных реакциях к большему осознанию значения своего поведения для других людей и воздействия на нее реакций других на ее поведение. Например, она прекратила постоянно думать о том, как несправедливо обращались с ней другие люди, и стала осознавать, что на то, как с ней обращаются, влияет и ее собственное поведение. В понимании своей родительской роли она явно переместилась в когнитивной иерархии развития с первого уровня (ярко выраженный личный интерес) на второй (ограниченный личный интерес). Это стало очевидно, когда она смогла одновременно учитывать потребности дочери, собственные желания и реакции отца ребенка.

Сьюзен, 28-летняя белая женщина, амбулаторно проходила психотерапию в рамках курса семейной психотерапии. Семилетняя дочь Сьюзен Кэнди первоначально была приведена на лечение приемными родителями (мистер и миссис Р.) из-за непослушания и капризов, которые усилились после того, как Сьюзен стала чаще ее навещать — раз в месяц. В течение предыдущих нескольких лет Сьюзен посещала свою дочь крайне нерегулярно, однажды даже не появляясь целый год. На момент направления на лечение права Сьюзен на встречи с дочерью были ограничены; она могла видеться с ребенком только под наблюдением приемных родителей и по их усмотрению. Причиной было то, что суд признал Сьюзен виновной в пренебрежении своими обязанностями, и ее лишили права заботиться о Кэнди.

Сведения о жизни Сьюзен, собранные в ходе опроса самой Сьюзен и супругов Р., так же как обзор копий документов судебного разбирательства, свидетельствовали о нарушениях поведения в возрасте до 15 лет и постоянном безответственном и антисоциальном поведении после 15 лет. В возрасте 18 лет она была осуждена за торговлю наркотическими препаратами и год провела в тюрьме. Сьюзен зачала свою старшую дочь Кэнди в ходе кратковременных отношений с г-ном Р., но не сказала ему, что беременна, и не сообщала ему о существования дочери, пока Кэнди не достигла почти трехлетнего возраста. Импульсивное и безответственное поведение Сьюзен в конечном итоге привело к тому, что ее лишили права заботиться о своих двух дочерях, так как она не выполняла обязанностей по отношению к ним.

К моменту первого психотерапевтического контакта Сьюзен жила в городе, находившемся на расстоянии 240 км от того места, где жили супруги Р. В предыдущие два месяца она раз в месяц приезжала навещать свою младшую дочь Кэрол, жившую у матери Сьюзен. Она также хотела возобновить встречи с Кэнди, для чего согласилась на условие супругов Р. — пройти психотерапию.

Сначала Сьюзен была искренней, но занимала оборонительную позицию и возмущалась условиями психотерапии. Она неохотно согласилась заполнить Миннесотский многофазный личностный опросник (*MMPI*), в результате чего был получен валидный профиль, который характеризовался оборонительной позицией и гневом, с резким подъемом по шкале 4 (Психопатическое отклонение).

После проведенного по отдельности опроса Кэнди и Сьюзен и наблюдения за их совместной игрой психотерапевт отметил у них высокую степень привязанности и интереса друг к другу. Сьюзен демонстрировала возросший интерес к увеличению своей роли в жизни дочери, стремясь чаще посещать ее. Супруги Р. сообщили, что при встречах с Кэнди она вела себя адекватно, проявляла внимание к дочери, играла с ней и явно была с ней не жестока и не пренебрегала ею. Сьюзен утверждала, что в течение нескольких месяцев училась в школе бизнеса, более шести месяцев непрерывно работала на одной работе и те же шесть месяцев поддерживала любовные отношения с одним человеком, что должно было свидетельствовать о наступлении большей стабильности в ее жизни.

Основываясь на этой информации, психотерапевт согласился работать со Сьюзен и Кэнди. Психотерапевт проинформировал Сьюзен, что сведения о ее жизни и результаты психологического теста указывают на то, что у нее имеется АРЛ. Он объяснил ей, что это расстройство заключается в нарушении образа жизни, включая суждения и поведение, которые закончились негативными последствиями для Сьюзен, так же как и для других людей, в том числе Кэнди. Согласованные цели когнитивной психотерапии состояли в том, чтобы помочь Сьюзен получить возможность чаще видеться с дочерью и следить за адаптацией Кэнди. Кэнди положительно реагировала на контакты со Сьюзен, но ревновала мать к своей сестре Кэрол, которая могла свободнее общаться с матерью. К тому же Кэнди всегда было тяжело прощаться по окончании встречи. Капризность и непослушание Кэнди, казалось, усиливались сразу после встречи с матерью. Поведение Кэнди также заметно ухудшалось в середине месяца, когда она начинала сомневаться, появится ли мать на этот раз.

Упражнение «Обзор выборов», проведенное со Сьюзен, было сосредоточено на посещениях Кэнди, а также на других конкретных заботах Сьюзен в связи с ее общением с дочерьми. Формат этого упражнения был объявлен в начале лечения, как только был заключен психотерапевтический контракт.

Пример заполнения «Обзора выборов» Сьюзен приведен в табл. 8.4. В этом упражнении Сьюзен перечислила свои непосредственные, «автоматические» реакции на ситуацию посещения, а также другие возможные реакции, которые она обсуждала с психотерапевтом. В результате обсуждения «Обзора выборов» Сьюзен смогла увидеть, что у нее была определенная способность влиять на перспективы ее встреч с Кэнди. Она пришла к выводу, что выражение недовольства несправедливым, по ее мнению, ограничением вряд ли поможет достижению ее цели и вместо этого ей лучше постараться улучшить отношения с Р. и завоевать их доверие. Психотерапевт помогал ей выбирать подходящие ситуации для просьб о расширении встреч с дочерью, чтобы таким образом проверять, удалось ли повысить доверие Р. к Сьюзен.

Таблица 8.4. Результаты «Обзора выборов» Сьюзен

В следующие восемь месяцев возможности Сьюзен для общения с дочерью постоянно расширялись. Сначала она смогла ездить на психотерапию в одной машине с дочерью, а затем завтракала с ней наедине после сессии. Сначала она смогла проводить половину времени посещения наедине с дочерью, затем почти все посещение, и наконец Сьюзен смогла взять девочку на ночь в дом своей матери.

Первоначально переговоры между Сьюзен и супругами Р. проходили в присутствии психотерапевта, чтобы облегчить общение. Р. заявили о своих правах, на что Сьюзен, вместо того чтобы вести себя враждебно, попыталась убедить их, как учил ее психотерапевт. Когда Сьюзен все-таки отреагировала враждебно, Р. прервали контакт и временно отказались расширять ее права. Это было полезно, так как Сьюзен смогла увидеть, как ее установка мешала ей получить то, что она хотела. Психотерапевт вел себя осторожно и не стал убеждать Р. и защищать Сьюзен, а вместо этого работал со Сьюзен, чтобы помочь ей помнить о своих приоритетах и следить за эффективностью своего поведения.

Кэнди стала менее капризной, начала помогать по дому и лучше вести себя в школе. Важнейшим фактором, определившим прогресс в работе с Кэнди и Сьюзен, было то, что последняя оказалась достаточно ответственной, чтобы продолжить посещать Р. и вести себя адекватно при встречах с Кэнди. Очевидно, Сьюзен ценила свои отношения с дочерью достаточно, чтобы работать ради них. Она была способна действовать вполне разумно в структурированной, ограниченной во времени родительской роли. В то же время эта структура должна была стать достаточно гибкой, чтобы позволить ей приятно общаться с дочерью, а не подчеркивать ограничения как наказание за то, что она была плохой матерью в прошлом.

Лечебные вмешательства помогли Сьюзен более эффективно добиваться получения возможности дополнительных встреч и понять, что пошаговые усилия были более эффективны, чем бескомпромиссные требования. Ее мысли и доводы свидетельствовали о продвижении вверх по когнитивной иерархии, поскольку она осознала, что ее установка на других людей влияла на то, как с

нею могли обращаться, и что если она действовала по-другому, с ней также могли обращаться иначе. Она обнаружила некоторые потенциальные возможности для перемещения к третьему уровню иерархии (общий социальный интерес), когда рассматривала желания и потребности сразу нескольких людей. Эти соображения, однако, были все еще мотивированы ограниченным личным интересом, а не желанием быть хорошей матерью, что было важно для адаптации Кэнди. Например, Сьюзен была склонна подчеркивать то, что она любила делать с Кэнди, а не то, что Кэнди любила делать с ней. В другом случае перед завершением психотерапии Сьюзен сообщила о возможности того, что она может поехать жить в Европу со своим другом. Она была прежде всего обеспокоена тем, что Кэнди рассердится и оттолкнет ее, вместо того чтобы чувствовать, как Кэнди будет не хватать ее, или беспокоиться о том, как она будет выполнять обязанности матери. Но, когда согласованные цели психотерапии были достигнуты, лечение завершилось. Был выработан взаимно приемлемый график посещений, которого удалось без происшествий придерживаться в течение трех месяцев, и Кэнди существенно улучшила свое поведение и отношение к своим обязанностям дома и в школе.

Лечение антисоциального расстройства личности с сопутствующими расстройствами Оси I

Общие соображения

Некоторые расстройства Оси I по *DSM-III-R* могут проявляться наряду с АРЛ, усложняя точность диагностики и лечебные вмешательства. Наиболее частые из них — алкоголизм и наркомания, соматизация (Hare, 1985a; Lilienfeld, Van Valkenburg, Larntz, & Akiskal, 1986) и общее аффективное расстройство (Frances, 1985). Когда присутствуют другие расстройства, для каждого из них может быть составлен определенный план лечения, в который включены методы, обычно используемые при лечении этого расстройства. Методы когнитивной психотерапии, предназначенные для лечения АРЛ, обычно применяются после того, как проходит расстройство Оси I. Если пациенты не осознают наличия у них АРЛ, маловероятно, что они достаточно долго будут продолжать лечение, связанное с работой над проблемами их личности.

Хотя может показаться, что последствия действий пациентов с АРЛ не беспокоят их, эти пациенты могут чувствовать себя весьма подавленными в связи с потерями, разрывом отношений или эксплуатацией со стороны других. В некоторых случаях это может приводить к клинической депрессии. Например, антисоциальный бизнесмен впал в депрессию и пришел на лечение после того, как обнаружил, что его бухгалтер допустил растрату в его бизнесе; он обвинялся в уклонении от налогов; его жена обнаружила, что у него есть любовница, и оставила его; его дочь, недовольная тем, что он лгал ей, отказалась встречаться с ним. Как правило, депрессогенные когнитивные структуры антисоциального пациента отражают его представления о том, что жизнь незаслуженно жестока к нему.

Нужно особо выделить одновременное проявление наркомании и общего эмоционального расстройства у антисоциальной личности, потому что эта комбинация делает очень высоким риск самоубийства (Frances, 1985). В этом случае оба расстройства Оси I нуждаются в немедленном лечении. Из-за плохого контроля над побуждениями у пациента с АРЛ, игнорирования последствий своих действий и потери перспективы на будущее необходимо постоянно учитывать возможность самоубийства. На ранних стадиях лечения депрессия и наркомания обычно требуют более интенсивных усилий, АРЛ же оказывается в центре внимания, лишь когда достигнут определенный прогресс в лечении. Но уже в процессе лечения могут быть выявлены основные искажения, связанные с АРЛ, и с ними можно работать. Следует ожидать, что, если присутствует АРЛ, лечение займет больше времени, чем при наличии только расстройства Оси I, и оно не будет идти гладко. Это происходит потому, что своими действиями пациенте АРЛ, скорее всего, будет отталкивать от себя других людей, но он вряд ли признает свою собственную роль в создании таких проблем. В результате пациент не может использовать прошлый опыт, чтобы избежать трудностей в будущем.

Случай из практики

Джо, 34-летний сварщик, добровольно согласившийся пройти курс лечения от алкоголизма в больнице департамента по делам ветеранов после того, как избил свою жену. Джо имел расстройства поведения в возрасте до 15 лет и во взрослом возрасте проявлял значительную агрессию, безответственность и неуважение к правам других. Его жена Бекки и четыре дочери жили на социальные пособия и помощь родственников.

Несколько раз Джо госпитализировали для краткой детоксикации, но он никогда не продолжал лечения в рамках программы реабилитации. В этот раз две недели он проходил детоксикацию и затем согласился на шестинедельную реабилитационную программу для алкоголиков. После детоксикации он

прошел психологическую оценку, в результате которой был получен профиль по методике *MMPI* с повышением по шкалам 2 (депрессия), 4 (психопатическое отклонение) и 8 (шизофрения). Джо сотрудничал по всем пунктам стандартной, всесторонней, учитывающей окружающую обстановку программы лечения алкоголиков. Он также согласился работать со своими проблемами антисоциальной личности в рамках индивидуальной когнитивной психотерапии. Психотерапевтические сессии проходили три раза в неделю, всего 18 раз.

Список целевых областей для когнитивной психотерапии Джо включал поведение по отношению к другим людям (раздражительность и агрессия), заботу о собственной безопасности и здоровье (употребление спиртного и наркотиков и связанное с этим безрассудство) и выполнение родительских обязанностей (безответственность).

Отношение к другим людям находилось в центре обсуждения случая с избиением супруги. Психотерапевт представил концепцию цикла избиения (Walker, 1979, 1980), в которой нарастание напряжения в семье и у отдельных ее членов ведет к вспышкам гнева и словесным стычкам, достигая высшей точки в более серьезном инциденте избиения, за которым обычно следует чувство дискомфорта и желание восстановить равновесие. Эта модель, казалось, соответствовала ситуации в семье Джо. Он не выносил напряженности между ним и Бекки после инцидентов, связанных с насилием. Он не хотел отдаляться от жены и не хотел расставаться со своими четырьмя дочерьми. Джо было указано, что он, по-видимому, минимизировал последствия инцидентов, будучи раздражительным и агрессивным к Бекки, пока она не начинала угрожать ему разводом.

Психотерапевт попросила Джо дать конкретные описания типичных напряженных ситуаций в семье, которые его беспокоили. Они включали в себя детальное описание того, что именно делал и говорил каждый человек, и его автоматических мыслей об этой ситуации. Например, его раздражало, что когда он приходил домой после работы, его дети продолжали играть на улице или смотреть телевизор, вместо того чтобы мчаться к нему. Он думал про себя: «Их не интересует, что я упорно трудился весь день». Его следующая автоматическая мысль была такой: «Их мать не воспитывает в них никакого уважения ко мне». Вечером Джо продолжал раздражаться оттого, что дети не доедали свою еду или спорили о том, какую телепрограмму смотреть. Он объяснял такое явно плохое поведение тем, что Бекки плохо воспитывает детей, и все более сердился на нее. Было невозможно предсказать, когда именно Джо набросится на Бекки и начнет избивать ее. Могло произойти практически любое раздражающее Джо событие, после которого он решал, что «с него хватит», и Бекки становилась объектом насилия. Чашу его терпения могли переполнить даже такие простые домашние события, как просьба одной из дочерей о деньгах на завтрак, лай собаки или слова Бекки о том, что она идет в магазин за молоком, потому что Джо интерпретировал это как признак недоброжелательности или непочтительности по отношению к нему.

При выполнении упражнения «Обзор выборов» каждое обстоятельство, которое вызывало у Джо чувство гнева или раздражения, было внесено в список как проблемная ситуация. Затем Джо и его психотерапевт постарались обдумать все способы, которыми он мог бы реагировать на ситуацию, внося в список преимущества и недостатки каждого способа. Целью вмешательства было не только помочь Джо увидеть свои выборы в случае избиения, но также помочь ему в создании лучших выборов, которые могут способствовать преодолению напряжения перед избиением, и помочь ему увидеть паттерн, развивающийся в результате его неконтролируемой раздражительности и агрессивности. Важнейшим компонентом этого процесса была помощь в осознании негативных мыслей как триггеров для чувства гнева и агрессивного поведения, вместо осуждения его реакций на слова или действия Бекки. Вторым главным компонентом была задача объяснить Джо, что его основные убеждения отражают личные правила, гласящие, что никому нельзя доверять, а также его убеждение в собственной непогрешимости. Эти установки включали следующие представления: «Другие всегда пытаются обвести меня», «Всем на меня наплевать» и «Последнее слово всегда должно оставаться за мной, потому что я прав».

Автоматические негативные мысли Джо характеризовались чрезмерной обобщенностью и эмоциональным оправданием своих действий. Например, однажды вечером Джо поздно пришел домой (пьяный) и обнаружил, что Бекки уже мыла посуду после ужина и убирала еду. Он автоматически подумал: «Эта сука никогда не кормит меня как следует». Когда он попытался сообщить ей об этом, он подумал: «Она игнорирует меня», поэтому побил ее, стремясь таким образом привлечь ее внимание. Когда психотерапевт попросил его оценить обоснованность его первого утверждения («Эта сука…») и идентифицировать другие возможные реакции, Джо понял, что эта мысль была искаженной, так как Бекки на самом деле была очень ответственной хозяйкой. Затем Джо и его психотерапевт обсудили различные способы, которыми он мог бы разрешить эту ситуацию более мирно. Это обсуждение помогло Джо увидеть, что Бекки и его дети также имели потребности, которые нужно учитывать. Хотя Джо и не принял этого до конца, он согласился обдумать предположение психотерапевта о том, что его

пьянство не позволяло ему мыслить рационально и побуждало Бекки к мыслям о разводе.

Выбор Джо действовать автоматически в ответ на чувство раздражения и агрессии был рассмотрен и в других ситуациях межличностного общения. Его тенденция ввязываться в драки была формой автоматического возмездия. Если Джо чувствовал даже незначительный вызов, он полагал, что должен физически защитить себя. При рассмотрении последствий этого выбора Джо соглашался, что быть побитым неприятно. Даже когда он «побеждал» в драке, у него бывали мелкие ранения. Его попросили сравнить пользу от того, что он получал разрядку, действовал, подчиняясь своим сиюминутным рефлекторным реакциям и иногда «побеждал», и вред от того, что он получал физические повреждения, мог быть арестован и создавал почву для проблем в будущем (так как побежденные противники хотели реванша и снова его провоцировали). Джо должен был решить, нужно ли, чтобы случайные комментарии случайных знакомых или даже незнакомых людей провоцировали его на то, чтобы, по меньшей мере, испытать временную физическую боль. Были обсуждены альтернативные стратегии для тех случаев, когда Джо мог принять решение избежать физической боли или не использовать эмоциональное мышление. Он предпочитал говорить себе, что нужно «расслабиться» и не реагировать, и просто «успокоиться», уйдя и не вступая в физический контакт.

Программа стационарного лечения Джо от алкоголизма была направлена на осознание им негативных последствий болезни и необходимости вести трезвый образ жизни, полностью воздерживаясь от употребления спиртного. Так как он участвовал в обширной программе лечения этого расстройства Оси I, индивидуальная психотерапия была сосредоточена на отдельных проблемах, возникновения которых можно было ожидать в первый период воздержания после выписки из больницы. Он записал ситуации с низким, средним и высоким риском употребления спиртного, и выявил мысли, которые могли бы вызывать желание выпить. Они включали автоматические мысли типа «Мне действительно нужно выпить» или «Какого черта, я же могу позволить себе один раз».

При обсуждении альтернативных выборов Джо признавал, что преодоление этих мыслей и планирование альтернативных форм поведения будут важны для предотвращения рецидивов употребления алкоголя. Он понимал, что в состоянии избежать ситуации с высоким риском, например не ходить в бар после работы. Он также планировал противостоять мыслям, которые могли бы вести к рецидивам, напоминал себе, что тело нуждается только в воде и что ощущаемая «потребность» в спиртном напитке была лишь неспособностью отличить желания от потребностей. Джо признавал, что ему потребуется значительная практика и поддержка, чтобы продолжать делать выборы, которые помогут ему избежать больницы или тюрьмы и сохранить семью. Поэтому он планировал амбулаторно продолжить психотерапию и регулярно посещать собрания Анонимных алкоголиков.

Этот пациент с АРЛ хорошо отреагировал на лечение. Он согласился с программой лечения и смог добиться изменений в своем поведении. Ему удалось преодолеть вспыльчивость и враждебность, стать более дружелюбным и позитивно настроенным. Взаимопонимание, установившееся между ним и психотерапевтом, оказало важное влияние на развитие его способности рассматривать альтернативные точки зрения. Через два года, когда Джо и его жена встретились с психотерапевтом, чтобы поблагодарить за помощь и попросить совета относительно создания группы поддержки для ветеранов войны во Вьетнаме, выяснилось, что у Джо наблюдается устойчивое улучшение. Джо продолжал воздерживаться от употребления алкоголя и сохранил работу; семья жила вместе, избиения не повторялись.

Лечение пациентов с антисоциальными чертами личности

Стратегии когнитивной психотерапии также можно использовать при работе с людьми, имеющими черты антисоциальной личности, но при этом не соответствующими критериям АРЛ полностью. Бретту (29 лет) потребовалась амбулаторная психотерапия после того, как у него нашли ворованные вещи. У него были некоторые характеристики безответственного и антисоциального поведения начиная с 15 лет, но отсутствовали какие-либо свидетельства наличия расстройств поведения до 15 лет.

Бретт выглядел очень разговорчивым, красивым молодым человеком с харизматическим обаянием. Полученный профиль *MMPI* был валиден, но имел умеренное клиническое повышение по шкале *K* (коррекция), а также по шкалам 4 (психопатическое отклонение) и 9 (мания), с субклиническим повышением по шкале 2 (депрессия).

Большую часть поздней юности и ранней взрослости Бретт жил, руководствуясь различными схемами обмана системы и уклонения от оплаты. Например, он без разрешения пользовался телефоном соседа по комнате в общежитии и вел разговоры на сотни долларов. Недавно Бретта поймали на месте преступления с украденными вещами, а также с небольшим количеством наркотических средств.

Следующий диалог между Бреттом и его психотерапевтом показывает, как удалось заставить

Бретта задуматься о последствиях своих действий и его влиянии на других в контексте размышлений о том, соответствует ли такое поведение его собственным целям.

Психотерапевт: Хорошо ли работает подход «обмани систему»?

Бретт: Он отлично работает… пока кто-то не поймает или не начнет ловить тебя. Тогда нужно отбросить план и придумать новый.

Психотерапевт: Насколько вам было трудно отказываться от одной схемы и придумывать новую?

Бретт: Иногда очень легко. Некоторые люди — настоящие простаки.

Психотерапевт: Легко было всегда?

Бретт: Ну нет. Иногда было действительно трудно. Например, обман с телефонными звонками. Скрываться было трудно, и каждый раз возникали проблемы.

Психотерапевт: Было ли вам легко придумать альтернативный план?

Бретт: Не для телефонов. Я никогда не придумывал другой план.

Психотерапевт: А в другое время? Планы «обмани систему» приходили к вам легко? Я имею в виду те, которые работали.

Бретт: Ну я придумал много хороших планов, но было непросто придумать такой, который действительно принесет выгоду.

Психотерапевт: Хороший план можно использовать долго или часто требовались новые?

Бретт: Похоже, я всегда нуждаюсь в новом хорошем плане, чтобы обмануть систему.

Психотерапевт: Не считаете ли вы, что иногда легче быть на стороне системы, вместо того чтобы пытаться как-нибудь обмануть ее?

Бретт: Ну после всего этого я должен сказать, что бывает, когда встать на сторону системы в конечном счете легче. К тому времени, когда я расплачусь за все, мне придется выложить больше, чем стоит мое обучение. Но… обмануть систему — это такой вызов! Я чувствую возбуждение, когда придумываю новый план и полагаю, что он может сработать. Я даже не могу себе представить, чтобы быть *вместе* с системой.

Психотерапевт: Итак, ваш выбор связан с тем, что подобное поведение возбуждает?

Бретт: Да.

Психотерапевт: И все же некоторые из ваших планов дорого обошлись вам и в конечном счете создали вам проблемы.

Бретт: Да.

Психотерапевт: Как это согласуется с вашей целью вести легкую, беззаботную жизнь, при которой вам не нужно заниматься тяжелым трудом?

Бретт: Никак не согласуется. (*Пауза.*) Так как же мне вести легкую жизнь, доктор?

Психотерапевт: А когда вы начинаете придумывать планы «обмана системы»?

Бретт: Когда я должен оплатить что-то или когда я хочу чего-то, что будет стоить денег.

Психотерапевт: Вы когда-нибудь обдумываете свой выбор и оцениваете возможные последствия?

Бретт: Обычно нет. Обычно я просто обманываю систему.

Психотерапевт: Что, на ваш взгляд, случится, если вы обдумаете другие выборы, а не только будете воплощать в жизнь идею, которая возбуждает вас в данный момент?

Бретт: Не знаю.

Психотерапевт: Имеется ли прямо сейчас некая ситуация в вашей жизни, в которой вам нужны деньги и вы должны решить, где их взять?

Бретт: Да… как мне заплатить за квартиру, оплатить аренду ночного клуба, подготовить его к открытию и еще оплатить услуги адвоката.

Психотерапевт: Какие варианты вы рассматриваете в данном случае?

Бретт: Ну, мой адвокат требует выдать ему авансом предварительный гонорар, и вы заставляете меня оплачивать каждую сессию, так что мне не дают послаблений.

Психотерапевт: Если учесть ваши возможности, каковы ваши выборы?

Бретт: Ну, я пытался найти способ не платить за квартиру. Если я займу правильную позицию, возможно, я смогу заставить владельца отложить это на некоторое время.

Психотерапевт: Это может иметь для вас неприятные последствия?

Бретт: Фактически однажды так и было, и на меня подали в суд. Я, конечно же, не хочу, чтобы это случилось снова, потому что он может предъявить мне иск за остаток от моего арендного договора, даже если я попаду в тюрьму.

Психотерапевт: Есть ли другие варианты решения проблем с квартплатой и ночным клубом?

Бретт: Я хотел попробовать найти соседа, а если не получится, отказаться от квартиры и жить в своем клубе. Это даже облегчило бы мою работу и к тому же помогло бы сэкономить, пока дела не

сдвинутся с мертвой точки.

Психотерапевт: Есть ли у такого варианта негативные последствия?

Бретт: Для меня… Я жил бы, как в подземелье. Конечно, не совсем так. Мой домовладелец уже сказал мне, что ему осталось только уведомить меня о том, что через месяц меня выселят.

Психотерапевт: Вы можете сделать что-нибудь, чтобы то место стало более пригодным для жизни? Сделать небольшой ремонт или что-то вроде того?

Бретт: О, конечно. На самом деле не так все плохо. И я так или иначе собирался сделать ремонт, чтобы у меня в клубе был хороший офис.

Психотерапевт: Итак, похоже, у вас есть несколько вариантов решения ваших текущих финансовых проблем. В большинстве случаев в прошлом вы решали финансовые проблемы, придумывая, как обмануть систему. Это выглядело так, будто вы эмоционально реагировали на возбуждение от вашей идеи и, возможно, на чувство избавления от неприятностей, а иногда просто на то, что ваша схема работает, и затем это возбуждение поддерживало вас, вы не думали о возможных последствиях или альтернативных вариантах. В этот раз вы обдумали несколько возможностей. Какая из них, на ваш взгляд, будет в конечном счете самой легкой и лучшей для вас?

Бретт: Подготовить место в клубе и переехать туда.

На другой сессии Бретт обсуждал свои отношения с молодой женщиной, Сарой, которую он был склонен обвинять в большинстве своих текущих трудностей. Психотерапевт поощрял Бретта критически оценивать выборы, которые он делал относительно женщин вообще, а также то, помогло ли это достичь его целей. Психотерапевт старался подвести Бретта к пониманию необходимости изменить свое пагубное поведение и научиться думать о своих выборах в понятиях, которые предполагали бы учет интересов других людей и норм общественного порядка.

Бретт: Я говорил с Сарой вчера вечером. Держу пари, она все же ляжет спать со мной.

Психотерапевт: Одну минуту. Я полагал, что Сара подала на вас в суд.

Бретт: Да, подала. Но она все еще любит меня. И я хочу, чтобы мы были друзьями. Возможно, я могу заставить ее снять некоторые из обвинений.

Психотерапевт: Это выглядит так, как будто вы говорите, что легли бы с Сарой в постель, чтобы заставить ее снять обвинения в суде.

Бретт: Да, и просто чтобы проверить, могу ли я сделать это, есть ли у меня то, что для этого нужно, понимаете?

Психотерапевт: Что вы знаете о чувствах Сары и ее ожиданиях?

Бретт: О, она очень традиционна. Она, вероятно, все еще надеется, что мы поженимся. Она из очень маленького города, и там, откуда она приехала, люди решают между собой все вопросы, вызывая шерифа. Всякий раз, когда у нее возникали неприятности в подростковом возрасте, ее отец вызывал шерифа, чтобы тот пришел и прочитал ей лекцию. Она думает, что так можно управлять людьми и заставлять их делать то, что ты хочешь.

Психотерапевт: Вы полагаете, что Сара могла бы еще лучше относиться к вам, если вы помиритесь с ней и добьетесь снятии некоторых обвинений?

Бретт: Ну, я полагаю, что она могла бы.

Психотерапевт: Вы считаете, что могли бы захотеть жениться на Саре и поддерживать отношения, которые ее устраивают?

Бретт: О, ни в коем случае. Нет.

Психотерапевт: Итак, что может случиться, если вы снова разочаруете Сару, когда она поймет, что вы все же намереваетесь встречаться с другими женщинами?

Бретт: Трудно сказать. Она может напустить себе в штаны. Я стараюсь не загадывать так далеко.

Психотерапевт: Возможно, она подумает, что вы просто использовали ее, чтобы спасти собственную шкуру, не принимая во внимание ее чувства?

Бретт: Возможно.

Психотерапевт: И вы уже знаете, что, когда Сара рассержена, она поступает очень круто, например зовет шерифа. Насколько для вас опасно снова сердить ее?

Бретт: Я полагаю, что это опасно. (*Пауза.*) Я просто никогда не думал, что женщина сделает что-нибудь такое по отношению ко мне.

Психотерапевт: Насколько вероятно то, что Сара снова сделает что-то подобное по отношению к вам?

Бретт: Я полагаю, приблизительно на 95 %.

Психотерапевт: Возможность довольно велика. Учитывая это, как вы оцениваете выбор возобновления сексуальных отношений с ней?

Бретт: Не стоит риска.

Психотерапевт: Учитывая ее заинтересованность в традиционных, моногамных отношениях и

вашу заинтересованность во встречах с разными женщинами, как, по-вашему, лучше всего поступить с Сарой?

Бретт: Ну, я не стал бы вести себя иначе, если бы встретил ее на улице. Но, понимаете, я не считаю, что должен идти на улицу и искать ее. Вероятно, лучше всего просто бросить ее и не позволять ей лелеять свои надежды, потому что она никогда не получит от меня того, что хочет.

Бретт и психотерапевт продолжили обсуждать его отношения с женщинами, рассмотрев преимущества и недостатки поиска новых женщин и получения сексуального удовлетворения с помощью применения силы. Он никогда не рассматривал такое поведение как «насилие» и, казалось, не знал, что это может кончиться судебным преследованием. Были исследованы другие потенциальные отрицательные стороны, такие как частые расставания с женщинами, что могло стать причиной мести с их стороны или привести к заражению болезнями, передающимися половым путем. Были и не столь важные отрицательные стороны, такие как отсутствие постоянно доступного партнера и необычайно большое количество очень скучных встреч. С другой стороны, Бретт сказал, что ему приятно волнение при преследовании добычи и внимание со стороны такого количества женщин поднимает его в собственных глазах.

Психотерапевт попросил Бретта отметить степень этого волнения для всех значимых событий в его жизни и затем применить эту оценку к каждому «завоеванию». Бретт обнаружил, что это волнение не было слишком интенсивным или надежным. Мнение о себе было идентифицировано как форма гедонизма. Он хорошо думал о себе, потому что получал то, чего, как он полагал, хотел в отдельный момент. Это было противопоставлено другим способам хорошо думать о себе — работать над достижением общих жизненных целей и приоритетов. Бретт постепенно осознавал, что, когда ты хорошо себя чувствуешь непродолжительное время, это часто затрудняет достижение главной долгосрочной цели легкой жизни. Психотерапевт попытался показать, как учет чувств других людей и отдаленных последствий своего поведения будут действительно полезны ему.

Выводы

Когда осуществляется вмешательство, невозможно знать, насколько мог бы быть деструктивен антисоциальный пациент, если бы не проводилось никакого лечения. Более того, нельзя предсказать, сколько раз антисоциальный человек может решать не лгать, не обманывать, не бить, не насиловать, не красть, не тревожить, не отказываться от выполнения обязательств или не нарушать как-либо иначе социальную гармонию, потому что он полагает, что все это выгодно для него. Но каждый случай, описанный в этой главе, показывает, как когнитивная психотерапия может положительно воздействовать на течение жизни антисоциального человека. Хотя оптимальная жизнедеятельность может оставаться нереалистичной целью для лечения, улучшение просоциального поведения имеет очевидные выгоды для стабильности пациента и благосостояния значимых для него людей, так же как и для общества в целом.

Глава 9.
Пограничное расстройство личности

Введение

Джоан, женщина около 35 лет, обратилась с просьбой о психотерапии. Она сказала, что ее основная проблема состоит в том, что она только что закончила аспирантуру, но у нее нет никакой мотивации для поиска работы. Она сознавала, что должна рассылать письма работодателям и готовиться к собеседованию, но вместо этого все время сидела дома, читая книги. Это продолжалось уже несколько месяцев, и она все больше приходила в отчаяние. Она говорила: «Я последняя из нашей группы, кто еще не устроился на работу».

Она недавно вышла замуж, а также получила степень магистра финансов в престижном университете. Она и ее муж планировали переехать в Филадельфию, чтобы он мог получить там степень доктора философии, и она потратила несколько месяцев, активно разыскивая работу в Филадельфии, что увенчалось успехом. Неожиданно мужу Джоан предложили возможность учиться намного в лучшей аспирантуре в Чикаго, и они немедленно переехали в Чикаго, не обсудив это решение. С того момента Джоан не могла заставить себя искать работу.

Клиницист, который вел первый прием Джоан, диагностировал ее проблемы как нарушение адаптации со смешанными эмоциональными особенностями, и казалось, что психотерапия с Джоан будет довольно простой и прямолинейной. Но в ходе первой психотерапевтической сессии оказалось, что картина значительно более сложна. Когда психотерапевт обсуждал с Джоан цели психотерапии, она

указала на недостаток мотивации для поиска работы, а также описала «кризис идентичности», связанный с ее карьерой и браком, периоды интенсивной депрессии, приступы паники, историю конфликтов с работодателями, нереалистично высокие требования к себе и ожидание враждебности от других. Короче говоря, у Джоан обнаружились многие из характеристик людей с пограничным расстройством личности (ПРЛ), и стало ясно, что психотерапия пойдет совсем не просто.

ПРЛ — это относительно обычное расстройство, которое приводит к значительному ухудшению жизни человека. Психотерапия с людьми, страдающими ПРЛ, обычно весьма сложна, и имеется существенный риск негативного результата психотерапии, независимо от используемого подхода к лечению (Mays, 1985). Прямое применение поведенческих методов с пограничными больными менее эффективно, чем с другими клиентами (Mays, 1985), и до недавнего времени некоторые авторы полагали, что этих клиентов нельзя эффективно лечить с помощью когнитивной психотерапии (Rush & Shaw, 1983). Однако с развитием когнитивно-поведенческой трактовки ПРЛ (Freeman, Pretzer, Fleming, & Simon, 1990; Linehan, 1981, 1987a, b; Millon, 1981, 1987; Pretzer, 1983; Young, 1983, 1987; Young & Swift, 1988) стало возможным разработать принципы эффективного использования когнитивной психотерапии для работы с этой сложной популяцией.

История концепции «пограничного» расстройства

Важно отметить, что термин «пограничный» использовался в разных значениях, которые весьма отличаются от критериев *DSM-III-R* для ПРЛ, и что неправильное употребление этого диагностического ярлыка долго критиковалось (например: Knight, 1953). Первоначально этот термин использовался, когда клиницист был не уверен в правильности диагноза, потому что у клиента обнаруживалась смесь невротических и психотических симптомов. Многие клиницисты рассматривали этих клиентов как находящихся на границе между невротиками и психотиками, и таким образом возник термин «пограничный». В некоторых кругах термин «пограничный» все еще используется как «мусорный бак» для людей, которым трудно поставить диагноз, или понимается в значении «почти психотический», несмотря на недостаток эмпирического материала для такой трактовки этого расстройства.

Другое значение термина «пограничный» связано с упоминанием о пограничной «структуре личности» в обширной литературе психодинамически ориентированных авторов (например: Gunderson & Singer, 1975; Kernberg, 1975, 1977; Masterson, 1978). Хотя эти авторы до некоторой степени отличаются между собой в их определениях пограничной структуры личности (см.: Stone, 1985), эта структура личности характеризуется «слабоинтегрированной идентичностью», «примитивными защитными действиями», «относительно прочными границами между «Я» и объектом», и «достаточно сохранной способностью к проверке реальности» (Masterson, 1978). Важно обратить внимание на то, что в дополнение к трудности их операционализации, эти характеристики не связаны с каким-либо специфическим набором форм поведения или симптомов. Так, пограничная симптоматика может наблюдаться и при наличии, и при отсутствии пограничной структуры личности, и в то же время пограничная структура личности может наблюдаться и при наличии, и при отсутствии пограничных симптомов. Например, Стоун (Stone, 1985) описывает одного человека как «шизотипическую пограничную (согласно *DSM-III*) личность, имеющую психотическую структуру».

Наконец, с учетом недавней популярности «пограничного расстройства» как диагностической категории и репутации этих клиентов как с трудом поддающихся лечению, понятие «пограничный» часто используется как родовой ярлык для трудных клиентов или как оправдание психотерапии, идущей с большим трудом. Например, рассмотрим следующую воображаемую беседу, которая кратко суммирует множество реальных бесед.

Супервизор: Почему у вас возникают проблемы с г-ном Шульцем?

Психотерапевт: Потому что это пограничный больной.

Супервизор: Почему вы считаете его пограничным?

Психотерапевт: Потому что у меня с ним много проблем.

Хотя справедливо, что трудно проводить диагностику и работать с пограничными пациентами, они, конечно же, не являются единственными трудными клиентами. Использование термина «пограничный» просто как уничижительного ярлыка для трудных клиентов лишает его всякой полезности.

Критерии *DSM-III-R* дают ясное, общепринятое определение того, что подразумевается под ПРЛ; в этой главе термин «пограничный» будет применяться только к людям, удовлетворяющим критериям *DSM-III-R.* Различное использование термина «пограничный» представляет интерес не только из тривиальных или академических соображений. Учет того, как авторы определяют понятие «пограничный», особенно важен при ссылках на обширную литературу психодинамически

ориентированных авторов. Многие пациенты, рассматриваемые этими авторами как «пограничные», удовлетворяют критериям *DSM-III-R* для иных расстройств личности, чем ПРЛ. Например, в одном исследовании только 40 % из выборки пациентов, которые на основе критериев структуры личности определялись как «пограничные», удовлетворяли критериям *DSM-III* для ПРЛ.

Особенности пограничного расстройства личности

В *DSM-III-R* (APA, 1987, p. 346–347) ПРЛ определено как устойчивый паттерн восприятия, отношения и мышления (объектом которых могут выступать окружающая среда и сам человек), в котором имеются проблемы в различных областях, включая межличностное общение, настроение и образ себя. Как можно увидеть из табл. 9.1, эти люди испытывают самые разные трудности. Наиболее характерные особенности ПРЛ — интенсивность эмоциональных реакций клиентов, непостоянство их настроений и большое разнообразие имеющихся симптомов. Состояние этих людей может резко меняться от тотальной депрессии до тревожного возбуждения или интенсивного гнева, или же они могут импульсивно совершать действия, которые позже признаЮт иррациональными и контрпродуктивными. Обычно они имеют беспорядочный, противоречивый, непредсказуемый паттерн проблем и могут в некоторых сферах жизни действовать компетентно и эффективно, а в других сталкиваться с большими трудностями.

Таблица 9.1. Диагностические критерии пограничного расстройства личности по *DSM-III-R*

Тотальный паттерн нестабильности в настроениях, межличностных отношениях и образе себя, возникающий в ранней взрослости и существующий в разнообразных контекстах, на что указывают по крайней мере *пять* из следующих признаков:

1) паттерн непостоянных и интенсивных межличностных отношений, характеризующийся чередованием крайних форм чрезмерной идеализации и девальвации;

2) импульсивность по крайней мере в двух областях, которые потенциально саморазрушительны, например в расходовании денег, сексе, употреблении психоактивных веществ, магазинных кражах, неосторожной езде, разгульном образе жизни (исключая суициды или членовредительство, упомянутые в пункте 5);

3) эмоциональная неустойчивость: выраженные смены настроения от обычного до депрессии, раздражительности или тревоги, обычно длящиеся несколько часов и лишь изредка более нескольких дней;

4) неадекватный, сильный гнев или недостаток контроля над гневом, например частые проявления вспыльчивости, постоянная гневливость, повторяющиеся драки;

5) повторяющиеся угрозы самоубийства, суицидные попытки или суицидное поведение либо членовредительство;

6) выраженное и постоянное нарушение идентичности, проявляющееся в неуверенности по крайней мере в двух пунктах из следующих: образ себя, сексуальная ориентация, долгосрочные цели или выбор карьеры, тип желательных друзей, предпочтительные ценности;

7) хронические чувства пустоты или скуки;

8) отчаянные попытки избежать реального или предполагаемого отвержения (исключая суицидное или членовредительское поведение, описанное в пункте 5).

Примечание. Из «Руководства по диагностике и статистической классификации психических расстройств» (3-е изд., перераб.), (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd ed., rev.). American Psychiatric Association, 1987, Washington, DC: Author, p. 347). ©1987, Американская психиатрическая ассоциация. Воспроизведено с разрешения.

Пограничные люди не всегда находятся в беспокойном состоянии и могут испытывать длительные периоды стабильности, но во время кризиса они обычно приходят на психотерапию и имеют сложную и несколько хаотичную клиническую картину. Кроме того, у них часто проявляются другие проблемы, такие как генерализованное тревожное расстройство, паническое расстройство, обсессивно-компульсивное расстройство, соматоформные расстройства, состояния психогенной фуги, большая депрессия, биполярное расстройство, шизоаффективное расстройство, реактивный психоз или другие расстройства личности (Millon, 1981). Кларкин и его коллеги (Clarkin, Widiger, Frances, Hurt, & Gilmore, 1983) обнаружили, что даже когда для диагноза требовалось заключение трех экспертов о присутствии или отсутствии каждого из критериев *DSM-III-R* , 60 % из выборки пограничных пациентов также удовлетворяли критериям для других расстройств личности. Эти диагнозы включали параноидное, шизотипическое, гистрионное, нарциссическое, зависимое и избегающее расстройства личности.

Оценка

Так как никакие из свойств или паттернов характеристик не присутствуют постоянно, и изменчивость — один из признаков ПРЛ, оценка и диагноз этого расстройства более сложны по сравнению со многими другими диагностическими категориями. Исследования с применением традиционных психологических тестов до настоящего времени свидетельствуют о том, что пограничные клиенты часто имеют высокие показатели по «невротическим» и «психотическим» шкалам Миннесотского многофазного личностного опросника (*MMPI*), особенно по шкалам 2 (депрессия), 4 (психопатическое отклонение), 6 (паранойя), 7 (психастения), и 8 (шизофрения) (Widiger, Sanderson, & Warner, 1986). Эмпирические исследования также подтвердили гипотезу о том, что пограничные клиенты имеют тенденцию хорошо выполнять структурированные тесты типа шкалы Векслера для определения интеллекта взрослых (*WAIS*), но плохо выполняют неструктурированные проективные тесты, обнаруживая при этом признаки расстройства мышления. При этом не было выявлено никакого простого «пограничного профиля». Традиционное психологическое тестирование может предоставить информацию, которая является полезной для выявления клиентов с ПРЛ, но оно не является простым, надежным способом выявления таких больных.

Множество мероприятий, специально предназначенных для диагностики ПРЛ, включены Райхом (Reich, 1987) в его недавний обзор инструментов оценки расстройств личности. Они включают вопросники-самоотчеты (Bell, 1981; Edell, 1984; Hurt, Hyler, Frances, Clarkin, & Brent, 1984), личностные опросники (Millon, 1982) и структурированные интервью (Baron, 1981; Frances, Clarkin, Gilmore, Hurt, & Brown, 1984; Kolb & Gunderson, 1980; Perry & Klerman, 1980; Stangl, Pfohl, Zimmerman, Bowers, & Corenthal, 1985). Каждая из этих методик может быть использована при отборе, но все они нуждаются в дальнейшем развитии и валидизации, прежде чем будут готовы для клинического использования. Таким образом, при постановке диагноза клиницист не может полностью полагаться на эти новые методики, но они могут оказаться довольно полезными.

Несмотря на эти проблемы, постановка диагноза ПРЛ не должна быть трудной. Критерии *DSM-III-R* достаточно ясны, чтобы поставить надежный диагноз, если клиницист имеет необходимую информацию, рассматривая диагноз ПРЛ. Для многих клиницистов основная трудность состоит в распознавании признаков возможного наличия ПРЛ. В табл. 9.2 перечислены некоторые характеристики, часто являющиеся признаками ПРЛ. Они не являются дополнительными диагностическими критериями, но могут обратить внимание клинициста на ранее нераспознанное расстройство личности.

Таблица 9.2. Возможные признаки пограничного расстройства личности

При предъявлении проблем и симптомов:

1) разнообразный набор проблем и симптомов, которые могут меняться каждую неделю;

2) необычные симптомы или необычные комбинации симптомов;

3) интенсивные эмоциональные реакции, которые непропорциональны ситуации;

4) саморазрушительное поведение и склонность наказывать себя;

5) импульсивное, плохо спланированное поведение, которое позже признается как глупое, «сумасшедшее» или контрпродуктивное;

6) кратковременные проявления психотических симптомов, которые удовлетворяют критериям реактивного психоза по *DSM-III-R* (что может быть ошибочно диагностировано как шизофрения);

7) путаница в целях, приоритетах, чувствах, сексуальной ориентации и т. д.;

8) чувство пустоты, возможно, локализованное в области солнечного сплетения.

В межличностных отношениях:

1) недостаток устойчивых близких отношений (возможно, замаскированный устойчивыми неблизкими отношениями или отношениями, которые являются устойчивыми до тех пор, пока не становится возможной полная близость);

2) склонность идеализировать или порочить других людей, с возможными резкими переходами от идеализации до клеветы;

3) тенденция не различать близость и сексуальность.

В психотерапии:

1) частые кризисы, частые телефонные звонки психотерапевту или требования особого подхода к планированию сессий, выработке окончательных планов и т. д.;

2) крайне выраженные или частые неверные истолкования высказываний, намерений или чувств психотерапевта;

3) необычно сильные реакции на изменение времени встреч или их места, перерывы в

психотерапии или ее завершение;

4) повышенная чувствительность к прямому контакту глазами, физическому контакту или близкому расстоянию между собеседниками;

5) крайне выраженное двойственное отношение ко многим проблемам;

6) страх изменений или необычно сильное сопротивление изменениям.

При психологическом тестировании:

1) хорошее выполнение структурированных тестов типа *WAIS* , в сочетании с плохим выполнением или признаками расстройства мышления по проективным тестам;

2) подъем по «невротическим» и «психотическим» шкалам *MMPI* (2, 4, 6,7, 8) или признаки необычно широкого разнообразия проблем.

Нужно быть особенно внимательным к шести возможным признакам ПРЛ: 1) интенсивные, нестабильные отношения; 2) отсутствие ясного чувства идентичности (путаница или несогласованность в целях, приоритетах и ценностях); 3) эпизоды интенсивного, неконтролируемого гнева; 4) импульсивное поведение; 5) хроническое чувство пустоты, скуки или одиночества; 6) «отыгрывание». Кларкин с коллегами (Clarkin et al., 1983) обнаружили, что приблизительно 80 % людей, удовлетворявших критериям *DSM-III* для ПРЛ (которые очень похожи на критерии *DSM-III-R*), обнаружили либо комбинацию интенсивных, нестабильных отношений и нарушений идентичности, либо комбинации интенсивных, нестабильных отношений, импульсивности и интенсивного и безудержного гнева. Нюрнберг с коллегами (Nurnburg, Hurt, Feldman, & Suh, 1987) обнаружили, что оптимальный баланс чувствительности, специфичности и прогностической силы при выявлении людей с ПРЛ обеспечили два набора критериев. Эти два набора критериев были комбинацией нестабильных, хаотичных отношений и импульсивного поведения или любого признака из следующих: 1) нестабильные, хаотичные отношения; 2) импульсивное поведение; 3) хроническое чувство пустоты, скуки или одиночества; 4) «отыгрывание».

В случае с Джоан полный обзор информации, полученной в ходе начальной оценки и на первой психотерапевтической сессии, показал наличие многих признаков ПРЛ. В дополнение к отсутствию мотивации, что было заявленной проблемой, Джоан имела давние проблемы с тревогой, приступами паники, депрессией и гневом, а также с трудом могла ясно формулировать свои мысли и уверенно чувствовать себя при общении с людьми. Она описала себя как «энергичного человека» и сообщила, что иногда не спала по несколько ночей подряд, если была очень занята; но она отрицала любые другие симптомы маниакальных эпизодов. Джоан считала себя «чувствительной» к многим продуктам и придерживалась «полувегетарианской» диеты из-за ее убеждения, что у нее аллергия на многие вполне обычные продукты. Она также рассказала о некоторых переживаниях, включая вещие сны.

По поводу отношений со сверстниками Джоан рассказала, что она «часто посещала вечеринки» в колледже, но никогда не имела большого круга друзей. Большую часть длительных отношений она поддерживала с людьми, у которых были физические недостатки или эмоциональные проблемы. Ее муж был слепым, ее последний друг был диабетиком, плохо контролирующим свое поведение, а несколько друзей были склонными к депрессии и/или алкоголиками. Ее отношения с другими были изменчивы, часто заканчивались неожиданным разрывом, когда она чувствовала, что друг утратил ее доверие. Джоан недавно вышла замуж и сообщала, что с трудом адаптировалась к браку. Она выразилась так: «Кажется, что ты больше не властен над своей жизнью».

Джоан была весьма привлекательной и хорошо справлялась в школе и на предыдущей работе. Однако она испытывала значительные трудности при выборе карьеры. Она провела год в юридической школе и год работала по социальной программе, а затем работала в органах местного управления, пока не занялась финансами. Джоан сообщила, что неоднократно испытывала трудности в отношениях с людьми на работе. Ее не устраивали график и правила работы, она чувствовала, что с ней постоянно плохо обращалось начальство, и в конечном счете она начинала раздражаться, вступала в конфликт с боссом и либо импульсивно увольнялась, либо бывала уволена.

Джоан пять раз обращалась за помощью к врачу и получала традиционную психотерапию и медикаментозное лечение. У нее происходили серьезные конфликты с большинством ее предыдущих психотерапевтов, и она сообщила, что ни психотерапия, ни лечение не принесли ей пользы. Она также описала наличие сильной негативной реакции на «Элавил», сообщив, что от этого лекарства становится дезориентированной и неуправляемой.

Из этого обзора доступной информации явствовало, что в дополнение к ПРЛ, Джоан удовлетворяла критериям панического и циклотимического расстройств по *DSM-III-R.*

Теоретическое осмысление

Исследованиям ПРЛ посвящено множество книг и статей. Безусловно, большинство этих работ

было основано на теории объектных отношений или на других современных психоаналитических подходах. К сожалению, понятия, используемые в этих исследованиях, делают их недоступными для многих клиницистов, которые не ориентируются в психоаналитической терминологии. В когнитивно-поведенческой терминологии основой представления об объектных отношениях является утверждение, что пограничный человек придерживается крайних, плохо интегрированных взглядов на отношения с людьми, заботившимися о нем в раннем детстве, и в результате имеет крайние, нереалистичные ожидания относительно межличностных отношений. Считается, что эти ожидания последовательно формируют поведение и эмоциональные реакции и ответственны за широкий диапазон симптомов, имеющихся у этих людей. Психодинамически ориентированные авторы предполагают, что оптимальное решение этой проблемы состоит в том, чтобы вести психотерапию таким способом, при котором эти ожидания будут проявляться в отношениях клиента с психотерапевтом, где они могут быть разрешены через применение психоаналитических методов в долгосрочной психотерапии.

Поведенческие и когнитивно-поведенческие авторы уделяли ПРЛ намного меньше внимания. Но в последние годы Лайнхэн (Linehan, 1981, 1987a, b), Миллон (Millon, 1981, 1987b), Претцер (Pretzer, 1983; Freeman et al., 1990) и Янг (Young, 1983, 1987; Young & Swift, 1988) представили разнообразные когнитивно-поведенческие точки зрения на это расстройство.

Миллон (Millon, 1981, 1987b) излагает точку зрения, основанную на социальной теории научения. В соответствии с ней он отводит центральную роль отсутствию у пограничного человека ясного, последовательного чувства собственной идентичности. Он утверждает, что этот недостаток ясного чувства идентичности является результатом воздействия биологических, психологических и социологических факторов, которые в сочетании нарушают успешное развитие чувства идентичности. Так как одним из аспектов отсутствия у пограничного человека ясного чувства идентичности является отсутствие ясных, последовательных целей, эта проблема приводит к плохой координации действий, плохому контролю над побуждениями и отсутствию последовательности в действиях. В результате отсутствия последовательной стратегии решения возникающих проблем эти люди плохо справляются со своими эмоциями и проблемами. Миллон предполагает, что в результате пограничные люди становятся зависимыми от защиты и поддержки других и очень чувствительными к любым признакам возможного лишения этих источников поддержки. Он утверждает, что эта ситуация усугубляется интенсивными конфликтами, связанными с зависимостью и притязаниями, а также осознанием того, что их раздражение по поводу зависимого положения может закончиться потерей безопасности, которую они получают от зависимости.

Лайнхэн (Linehan, 1981, 1987a, b) дает более поведенческую трактовку психотерапии ПРЛ, которую она называет «диалектической поведенческой психотерапией». Ее точка зрения состоит в том, что «дисфункция в регулировании эмоций» является основной характеристикой ПРЛ, которая, вероятно, имеет физиологические основания. Эта дисфункция, как предполагается, ответственна за яркие чрезмерные реакции пограничных людей на события и за их импульсивные действия. Она также выдвигает гипотезу, что в ходе своего развития эти люди имеют много контактов со значимыми другими, которые обесценивают их эмоциональные переживания, и настаивает на том, что потенциальные пограничные пациенты проявляют «положительную установку» несмотря на их страдания. В результате эти люди (которые уже физиологически склонны к непропорциональным эмоциональным реакциям) обучаются неадекватным навыкам регулирования эмоций и в то же время учатся пренебрежительно относиться к собственным эмоциям и иметь по отношению к ним карательные установки.

Эти карательные установки и пренебрежительное отношение, а также реалистичные опасения людей оказаться неспособными управлять интенсивными эмоциями блокируют их способность испытывать сильные эмоции достаточно долго, чтобы отреагировать на большие утраты. Таким образом, когда случаются какие-либо потери, люди также переживают «бремя тяжелой утраты». Комбинация интенсивных эмоциональных реакций, неадекватных навыков регулирования эмоций, импульсивного поведения и пренебрежительного отношения к собственным эмоциям кончается чередой неизбежных кризисов и повторением случаев, когда люди неспособны эффективно решить проблемы несмотря на все усилия. Это заставляет людей сделать вывод о том, что во многих ситуациях они должны положиться на других. Но узнав, что необходимо поддержать «положительную установку», люди не чувствуют в себе уверенности, чтобы просить о помощи или искать помощь, демонстрируя свою нужду в ней. Это приводит к тому, что они сохраняют видимость компетентности, пытаясь хитростями и косвенными способами получить помощь от других. Но им в этом мешают сильные эмоциональные реакции людей и их импульсивные действия.

Янг (Young, 1983, 1987; Young & Swift, 1988) сформулировал общий когнитивно-поведенческий подход к лечению расстройств личности, который он назвал «когнитивной психотерапией, сфокусированной на схеме». Его подход отличается от стандартной когнитивной

модели психотерапии постулатом о том, что в детстве могут формироваться чрезвычайно устойчивые и долговременные паттерны мышления (Янг называет их «ранними дезадаптивными схемами»), которые приводят к дезадаптивным паттернам поведения, укрепляющим эти схемы. Затем эти схемы развиваются и остаются у взрослого человека. Он трактует каждое расстройство личности как определенный набор 18 ранних дезадаптивных схем, выделенных им к настоящему времени, и утверждает, что эти схемы должны находиться в центре внимания при психотерапии.

Ранние дезадаптивные схемы, который Янг считает характерными для ПРЛ, показаны в табл. 9.3. Хотя Янг не описывает детальную модель ПРЛ, он предполагает, что, когда эти ранние дезадаптивные схемы активизированы релевантными событиями, это приводит к искажениям в мышлении, сильным эмоциональным реакциям и проблемному поведению. Можно предположить, что большое количество ранних дезадаптивных схем, приписываемых пограничным пациентам (другие расстройства личности характеризуются в среднем 2,5 ранними дезадаптивными схемами каждое), может быть обусловлено широким диапазоном симптомов и частыми кризисами, наблюдающихся у пограничных пациентов. Но Янг не дает детального описания того, каким образом эти схемы приводят к ПРЛ.

Таблица 9.3. Предложенные Янгом «ранние дезадаптивные схемы», характерные для пограничного расстройства личности

Примечание. Адаптировано из : *Schema-Focused Cognitive Therapy for Personality Disorders* by J. Young, 1987, неизданная рукопись. Адаптировано с разрешения автора.

Три предшествующие точки зрения сосредоточены на сильно различающихся аспектах ПРЛ. Миллон (Millon, 1981, 1987b) подчеркивает, что нарушение идентичности пограничных людей играет центральную роль среди их остальных проблем; Лайнхэн (Linehan, 1981, 1987a, b) выдвигает гипотезу о том, что ядром этого расстройства является дефект в регулировании эмоций и три «диалектики», между которыми выбирает человек; а Янг (Young, 1983, 1987; Young & Swift, 1988) рассматривает это расстройство как основанное на устойчивых допущениях, которые сформировались на ранних этапах развития и играют важную роль на протяжении всей жизни. Наши собственные представления (Pretzer, 1983; Freeman et al., 1990) развились независимо от этих теорий, и следующая модель ПРЛ включает каждый из вышеупомянутых факторов в целях всестороннего понимания ПРЛ, основанного прежде всего на представлении Бека о психопатологии (Beck, 1976; Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979).

В теории Бека основные допущения человека играют центральную роль во влиянии на восприятие и интерпретацию событий, а также в формировании поведенческих и эмоциональных реакций. В когнитивной психотерапии с пограничными людьми часто обнаруживаются три важнейших основных допущения, и, по-видимому, они играют центральную роль в возникновении этого расстройства. Эти допущения таковы: «Мир опасен и враждебен», «Я бессилен и уязвим» и «По своей сути я неприемлем». В случае с Джоан пациентка была твердо уверена в том, что все работодатели, психотерапевты и автомеханики авторитарны, манипулятивны, склонны управлять, несправедливы, лживы и враждебны. Она постоянно чувствовала себя беспомощной в ситуациях, когда с ней плохо обращались, и полагала, что не способна справляться с работой и решать личные проблемы. Джоан также была искренне убеждена, что, для того чтобы ее принимали, она должна преуспеть в профессиональной деятельности, но в то же время полагала, что неспособна на это.

Очевидно, убеждение человека в том, что мир опасен, а сам он бессилен, имеет важные последствия, которые являются более серьезными, чем частные опасения. Это заставляет сделать вывод, что всегда опасно ослаблять бдительность, идти на риск, показывать слабость, ослаблять контроль над собой, попадать в ситуацию, из которой сложно выпутаться, и т. д. Это приводит, среди прочего, к хронической напряженности и тревоге, бдительности к признакам опасности, осторожности в межличностных отношениях и дискомфорту в связи с неконтролируемыми эмоциями. Вигильность человека к признакам опасности приводит к тому, что человек замечает много кажущихся признаков опасности и, таким образом, склонен укреплять представление о мире как опасном месте, а также создает почву для дополнительных опасений. Тенденция быть осторожным, избегать риска и быть предусмотрительным и настороженным, вместо того чтобы просто решать проблемы по мере их возникновения, поддерживает убеждение человека, что это поведение необходимо, и мешает ему обнаружить, что более прямой, уверенный подход также может быть эффективным. В результате переживания такого человека имеют тенденцию поддерживать у него представление о том, что он относительно бессилен и уязвим и должен оставаться бдительным и занимать оборонительную позицию.

Некоторые рассматривают мир как опасное и враждебное место, при этом полагая, что могут рассчитывать на собственные силы и способности в борьбе с различными угрозами (см. обсуждение параноидного расстройства личности в главе 6 этой книги). Но пограничные люди считают себя

слабыми и бессильными. Другие люди, полагающие, что они неспособны эффективно отвечать на требования повседневной жизни, решают свою дилемму, становясь зависимыми от того, кого они рассматривают как способного заботиться о них (и у них формируется паттерн зависимости). Но убеждение лиц с пограничным расстройством в том, что они по своей сути неприемлемы, блокирует этот выбор, поскольку это убеждение заставляет их сделать вывод о том, что зависимость влечет за собой серьезный риск отвержения или нападения, так как может обнаружиться неприемлемость. Пограничные люди сталкиваются с дилеммой: убежденные в том, что они относительно беспомощны во враждебном мире, они вынуждены выбирать между автономией и зависимостью, не решаясь склониться ни к одному из двух вариантов.

Когнитивный фактор, не удостоившийся достаточного внимания в рамках других когнитивно-поведенческих трактовок этого расстройства, весьма ухудшает и без того тяжелое положение пограничных личностей. Как продемонстрировал Бек (Beck, 1976; Beck et al., 1979), люди часто допускают ошибки в мышлении, которые он называет «когнитивными искажениями» и которые часто приводят к нереалистичным оценкам ситуаций. Пограничные люди могут иметь полный диапазон когнитивных искажений, но одно конкретное искажение, которое Бек обозначает как «дихотомическое мышление», является особенно типичным и проблематичным для них. Дихотомическое мышление — это тенденция оценивать переживания в терминах взаимно исключающих категорий (например, хороший или плохой, успех или неудача, надежный или предательский), вместо того чтобы рассматривать переживания как расположенные на континууме. Это «черно-белое» мышление ввиду отсутствия каких-либо промежуточных категорий приводит к крайним интерпретациям событий, которые обычно находятся в среднем диапазоне континуума. Согласно когнитивному представлению, крайние оценки ситуаций ведут к крайним эмоциональным реакциям и крайним действиям.

Кроме того, дихотомический подход к интерпретации переживаний может легко приводить к резким изменениям от одного крайнего представления до его противоположности. Например, человек, доказавший свою надежность, будет, вероятно, рассматриваться как полностью заслуживающий доверия *до первого раза, когда он не оправдает ожиданий.* Тогда человек внезапно начнет казаться полностью ненадежным, так как нет никаких категорий для промежуточных уровней надежности. Идея, что человек может заслуживать доверия *большую часть времени* , несовместима с дихотомическим мышлением. Поскольку дихотомическое мышление может продуцировать крайние эмоциональные реакции и действия, а также резкие переходы от одного крайнего настроения к другому, это в значительной степени обусловливает резкие колебания настроения и яркие изменения в поведении, что является признаком ПРЛ. Лайнхэн (Linehan, 1987b) права, отмечая, что неспособность пограничных пациентов осуществлять адаптивный контроль над крайними эмоциональными реакциями играет главную роль в их трудностях, но при этом не создается впечатления, что необходимо предполагать наличие физиологических оснований для этой проблемы.

Комбинация дихотомического мышления и основных допущений пограничных пациентов особенно сильна. Большинство людей признают, что повседневная жизнь создает разнообразные риски и угрозы, но они способны справиться с этим знанием. Дихотомическое мышление приводит к представлению о мире либо как полностью добром, либо крайне суровом. Точно так же у всех людей есть недостатки и все люди совершают ошибки, и многие способны принимать этот факт. Однако у пограничных людей дихотомическая классификация себя (так же, как и других) либо как безупречных, либо полностью неприемлемых приводит к выводу о том, что, если у них есть какие-нибудь недостатки, они безнадежно «не в порядке». Убежденность в том, что они по сути своей неприемлемы, быстро приводит к выводу, что они должны скрыть этот факт от других, чтобы быть принятыми. К сожалению, это означает, что эти люди должны избегать близости и открытости из-за страха быть «раскрытыми». Когда это не позволяет людям удовлетворять желание близости и безопасности, дихотомическое мышление легко приводит к выводу: «Я никогда не получу того, чего хочу, все бессмысленно». Кроме того, поскольку убежденность пограничных личностей в том, что они должны скрывать существенные недостатки или столкнутся с отвержением, не дает им позволить другим узнать, каковы они на самом деле, пограничные личности никогда не узнаЮт, что на самом деле вовсе не являются неприемлемыми.

Дихотомическое мышление также создает и укрепляет некоторые из конфликтов пограничных людей. Например, фрустрация (или ожидаемая фрустрация) желания близости и зависимости у пограничных личностей часто ведет к интенсивному гневу, который люди рассматривают как настолько разрушительный, что это делает невозможным установление близких отношений, если этот гнев выражен. Но удовлетворение желания близости и зависимости рассматривается как невыносимо опасное, поскольку во враждебном мире быть зависимым — значит быть беспомощным и уязвимым. Этот интенсивный конфликт по поводу зависимости и гнева исчез бы, если бы пограничный человек смог занять более умеренную позицию и сказать: «Было бы хорошо быть дипломатичнее в выражении моей неудовлетворенности, чтобы это не создавало дополнительных проблем» и «Зависимость от кого-

либо может привести к тому, что мне причинят вред или разочаруют меня, поэтому я должен хорошенько подумать, от кого мне зависеть и в какой мере полагаться на них». Как подчеркнула Лайнхэн (Linehan, 1987b), пограничные люди часто выбирают между поиском зависимости и активным уходом от нее, вместо того чтобы в умеренной степени полагаться на других людей.

Как подчеркивает Миллон (Millon, 1981), последний фактор, который, по-видимому, играет важную роль в ПРЛ, — это слабое или непостоянное чувство идентичности. Неразбериха с целями и приоритетами делает для этих людей трудным последовательно и эффективно достигать долгосрочных целей, особенно перед лицом резких эмоциональных изменений. Это приводит к неэффективности и слабому чувству собственной эффективности. Это в свою очередь ведет к недостатку мотивации и настойчивости и приводит еще к меньшему успеху перед лицом неприятностей. Недостаток ясного чувства себя затрудняет для пограничных личностей принятие решения о том, что делать в неоднозначных ситуациях, и приводит к низкой переносимости неопределенности. В результате этим людям трудно поставить под сомнение собственное убеждение о том, что они по сути своей неприемлемы, и сохранять ясное чувство собственной идентичности в отношениях с другими людьми, свободно выражающими свои мнения и чувства.

Основные допущения, дихотомическое мышление и слабое чувство идентичности не просто по отдельности влияют на развитие ПРЛ. Они формируют сложную систему. Эта система включает в себя множество циклов, которые имеют тенденцию увековечивать себя и которые стойки к изменению под воздействием переживаний человека. Например, убеждение Джоан, что люди, наделенные властью, имеют враждебные намерения, привело к появлению у нее бдительности к признакам плохого обращения. В результате она отмечала и могла вспомнить многочисленные проявления пренебрежительного равнодушия, случаи несправедливого обращения и т. д., что, казалось, подтверждало ее представление о том, будто люди, наделенные властью, в основном склонны к манипуляции и контролю. Ее представление о работодателях как о недоброжелательных людях было одним из факторов, который приводил к промедлению с поиском работы. Но она рассматривала само откладывание как еще один признак того, что она не могла справиться с работой; это в свою очередь, усиливало промедление. Не только устойчивые ключевые допущения пограничного человека, но и эти подкрепляющие себя циклы формируют систему, которая может быть весьма стойкой к изменениям, если не использовать стратегический подход.

Стратегия вмешательств

Трактовки Миллона (Millon, 1981, 1987b), Лайнхэн (Linehan, 1981, 1987a, b) и Янга (Young, 1983, 1987; Young & Swift, 1988) соответственно предполагают, что вмешательство должно быть сфокусировано на выработке более ясного чувства идентичности, улучшении навыков по управлению эмоциями или изменении дезадаптивных убеждений и допущений. Каждый из этих трех подходов к вмешательству, поддерживаемый другими авторами, был бы совместим с данной моделью. Но представленная в этой главе трактовка ПРЛ предполагает, что ни одно из этих трех вмешательств не является центральным моментом психотерапии. Утверждается, что дихотомическое мышление играет важную роль в возникновении крайних реакций и резких колебаний настроения, характерных для ПРЛ, усиливает влияние дисфункциональных допущений и обусловливает возникновение многих дилемм, перед которыми становятся пограничные личности. Если уменьшить или устранить дихотомическое мышление в начале психотерапии, это должно снизить интенсивность симптомов клиентов, упростить задачу изменения их основных допущений и создать возможность для оказания им помощи в нахождении удовлетворительных решений дилемм, перед которыми они стоят. После того как проведена работа с дихотомическим мышлением, намного легче осуществлять вмешательства, предложенные Миллоном, Лайнхэн и Янгом.

Но психотерапевт не может просто набрасываться на дихотомическое мышление на первой же сессии. Чтобы эффективно работать с ним, необходимо установить психотерапевтические отношения сотрудничества и прийти к общему с клиентом пониманию проблем, чтобы работа с дихотомическим мышлением «имела смысл» для клиента. Это нелегко сделать, поскольку картина мира пограничного пациента весьма усложняет процесс установления психотерапевтических отношений и принятия позиции «совместного эмпиризма», характерной для когнитивной психотерапии. В конце концов, психотерапевт является частью мира, который пограничный пациент рассматривает как опасный и враждебный; следовательно, доверие психотерапевту считается потенциально опасным. Кроме того, конфликт между желанием пограничного человека, чтобы ему помогали и принимали его, и его страхом уязвимости и отвержения приводит к труднопреодолимому двойственному отношению к участию в психотерапии. Хотя вмешательства, предназначенные для уменьшения или устранения дихотомического мышления, могут быть весьма эффективны, необходимо приложить значительные

усилия для установления доверия и отношений сотрудничества перед работой с дихотомическим мышлением. К счастью, время, потраченное на установление психотерапевтических отношений, не уходит впустую, так как установление хороших психотерапевтических отношений само по себе опровергает допущения пограничного человека относительно опасностей, исходящих от других людей, и относительно присущей ему неприемлемости.

Отдельные вмешательства

Установление рабочих отношений

В психотерапии пограничных расстройств отношения психотерапевта и клиента играют намного более важную роль, чем в остальных случаях. Многие из проблем пограничного клиента касаются межличностных отношений, и клиент «отыгрывает» их в отношениях с психотерапевтом так же, как он делает это вне психотерапевтической сессии. Хотя это очень усложняет психотерапию, все же дает психотерапевту возможность наблюдать межличностные проблемы при их возникновении, не полагаясь на описания этих проблем клиентом, и использовать эти отношения, чтобы работать с предубеждениями клиента относительно других людей и формировать более адаптивное поведение в межличностном общении.

Установление психотерапевтических отношений сотрудничества с пограничными клиентами является сложным процессом. Сотрудничество требует некоторой степени доверия и близости; однако доверие и близость первоначально кажутся невыносимо опасными для большинства пограничных людей. Стратегические, сфокусированные на проблеме психотерапевтические подходы типа когнитивной психотерапии и других видов когнитивно-поведенческой психотерапии требуют, чтобы психотерапевт и клиент договорились о целях и последовательно достигали их на каждой сессии. Но проблемы пограничного человека с недостатком ясного, устойчивого чувства идентичности включают путаницу с целями и приоритетами; таким образом, они, вероятно, будут меняться каждую неделю. Когнитивно-поведенческие психотерапевты, как правило, привыкли к установлению довольно прямых деловых отношений с клиентами, при которых минимизируется «перенос» и другие сложности в межличностных отношениях. Пограничные люди, однако, известны своими интенсивными эмоциональными реакциями на психотерапевтической сессии и могут резко реагировать на психотерапевта, несмотря на его прямой и открытый подход. Когнитивные психотерапевты ожидают, что быстро и эффективно помогут своим клиентам измениться, но пограничные люди часто боятся внезапных изменений, сопротивляются им и обычно таким пациентам требуется намного больше, чем 15 или 20 психотерапевтических сессий. Психотерапевты, которые пытаются работать с пограничными людьми, не принимая во внимание эти особенности, рискуют тем, что лечение окажется неэффективным, клиенты преждевременно закончат психотерапию или будет спровоцирован серьезный кризис (May, 1985; Rush & Shaw, 1983).

Поскольку пограничный человек через болезненные переживания обнаруживает, что доверять другим людям очень опасно, и понимает, что отношения между клиентом и психотерапевтом — это отношения, в которых он иногда будет весьма уязвим, едва ли продуктивно пытаться установить доверие через убеждение, спор или указывая на свои дипломы. Пограничный человек не настолько глуп, чтобы поверить кому-нибудь просто потому, что кто-то говорит, что ему можно доверять или что он имеет диплом. Наиболее эффективно устанавливать доверие через открытое признание и принятие трудностей клиента в установлении доверительных отношений с психотерапевтом (как только это становится очевидным), после чего нужно, проявляя осторожность, последовательно заслуживать доверие своим поведением. Важно уделить особое внимание тому, чтобы ясно, уверенно и честно общаться с клиентом, избегать разногласий, поддерживать соответствие между словами и невербальным поведением и следовать достигнутым соглашениям. Через некоторое время этот подход создаст основу для доверия. Важно не оказывать давления на клиента, чтобы он чем-то рисковал в процессе психотерапии, пока не будет установлен достаточный уровень доверия, и уяснить для себя, что клиент имеет право не разговаривать на болезненные темы, пока не почувствует, что готов к этому. (Для более детального обсуждения этих проблем см. раздел, посвященный установлению отношений сотрудничества с параноидными клиентами в главе 6 этой книги.)

Кризисы, неожиданные телефонные звонки и просьбы о специальных мерах обычны в течение ранних стадий психотерапии с многими пограничными клиентами. Традиционно это поведение рассматривалось как «проверка» надежности и внимания психотерапевта. Хотя нет никаких свидетельств в пользу того, что кризисы в начале психотерапии намеренно инсценированы как проверка психотерапевта, они часто выполняют именно эту функцию. В конце концов, как может скептический клиент определить, будет ли психотерапевт на самом деле действовать согласно своим

обещаниям, не наблюдая поведения психотерапевта? Для психотерапевта важно эффективно отвечать на неожиданные телефонные звонки и просьбы о специальном лечении, если он хочет, чтобы клиент продолжил лечение. Это не значит, что психотерапевт должен согласиться с просьбами клиента или поощрять ночные телефонные звонки. Для психотерапевта важно продумать, как далеко он хочет зайти в своей отзывчивости, и установить четкие, жесткие границы.

Если психотерапевт неотзывчив, клиент, вероятно, рассердится или резко закончит психотерапию. Если психотерапевт непоследователен в установлении границ, клиенту будет нужно неоднократно проверять психотерапевта, чтобы определить, каковы фактические границы. Если психотерапевт будет не в состоянии установить подходящие границы и начнет возмущаться требованиями клиента, это возмущение, вероятно, будет препятствовать психотерапии. Но если психотерапевт способен установить четкие границы и быть отзывчивым в пределах этих границ, большинство пограничных клиентов смогут приспособиться к этим границам. Часто оказывается эффективным установить политику кратких телефонных консультаций в случае крайней необходимости и ограничить их до вмешательств в случаях кризиса, а затем предложить как можно скорее провести сессию психотерапии как альтернативу длинным телефонным контактам. Также для психотерапевта в целом желательно не проводить никаких специальных мероприятий, которые психотерапевт не желал бы распространять на других клиентов в такой же ситуации. Психотерапевты часто обнаруживают, что исключения из их стандартной политики оказываются контрпродуктивными, если они не являются хорошо обдуманными, и что специальные мероприятия нередко сопровождаются просьбами о дополнительном специальном лечении.

Часто дискомфорт пограничного человека в связи с близостью будет простираться на некоторые аспекты обстановки, в которой проводится психотерапия; когда это происходит, тонкие аспекты межличностного взаимодействия между психотерапевтом и клиентом могут вызвать у клиента интенсивную тревогу. Такие простые вещи, как рукопожатие, прямой зрительный контакт, изменение позы психотерапевта или самораскрытие со стороны психотерапевта могут создавать для пограничных клиентов значительный дискомфорт. Может быть полезным избегать физического контакта, дружеских отношений или самораскрытия психотерапевта в начале психотерапии, чтобы не превысить толерантность клиента к близости. Однако психотерапевту трудно предвидеть, какие действия могут вызвать у клиента дискомфорт, и для психотерапевта может быть более продуктивным просто быть внимательным к признакам дискомфорта со стороны клиента и при его возникновении проявлять максимум чуткости.

Может оказаться необходимым активно оберегать клиентов от установления дискомфортных уровней близости. Если психотерапевт хочет получать от клиентов обратную связь и объясняет, что он серьезно рассмотрит любые предложения, направленные на то, чтобы сделать психотерапию более комфортной, это позволяет клиентам в некоторой степени контролировать уровень близости в течение сессии. Как только клиент понимает, что он установил определенный контроль над тем, как размещаться на сессии, какие темы выбирать для обсуждения и т. д., этот контроль сам по себе делает близость в психотерапевтических отношениях менее опасной, так как становится ясно, что близость не обязательна и находится под контролем клиента.

Явлению переноса, или реакции клиента на психотерапевта, основанной на опыте прежних отношений, уделяли значительное внимание психодинамические авторы, но оно редко обсуждалось в рамках поведенческого или когнитивно-поведенческого подхода. Эмоциональные реакции клиента на психотерапевта вообще не играют заметной роли в когнитивной психотерапии или в других видах когнитивно-поведенческой психотерапии, но, вероятно, в когнитивной психотерапии клиентов с ПРЛ их роль достаточно важна. Это может создавать проблемы для психотерапевтов, которые не привыкли сталкиваться с сильными, неспровоцированными эмоциональными реакциями клиентов.

Реакции переноса могут легко быть поняты в когнитивных терминах, если мы выдвигаем гипотезу, что клиент реагирует на основе обобщенных убеждений и ожиданий, вместо того чтобы реагировать на психотерапевта как на человека. В неоднозначной межличностной ситуации типа психоаналитической психотерапии многие из реакций человека основаны на его убеждениях и ожиданиях, так как поведение психотерапевта трудно интерпретировать. Активный, директивный психотерапевтический подход, используемый в когнитивной психотерапии, позволяет избежать этой ситуации, потому что психотерапевт играет прямую, однозначную роль. Но это не устраняет интенсивных эмоциональных реакций полностью, особенно у пограничных клиентов, которые имеют твердые убеждения относительно человеческой природы и которые бдительны по отношению к любому признаку того, что могут сбыться их опасения или оправдаться их надежды.

Например, Джоан была твердо убеждена в том, что люди, наделенные властью, враждебны, манипулятивны и склонны к установлению контроля. Это убеждение было основано прежде всего на ее взаимодействиях с родителями и подкреплено за эти годы богатым опытом взаимодействия с

преподавателями и боссами. Как уже говорилось, ока много раз была недовольна графиком работы, правилами и обращением со стороны начальства.

В конечном счете она проявляла вспышки раздражения, вступала в резкую конфронтацию с начальством и либо увольнялась, либо бывала уволена.

Несмотря на усилия психотерапевта по совместному планированию домашних заданий и объяснению логических оснований политики, связанной с оплатой услуг психотерапевта и отменой сессий, Джоан быстро сделала вывод, что психотерапевт пытается манипулировать ею или контролировать ее. Но она не выражала негодования, которое чувствовала в результате этого неправильного истолкования действий психотерапевта. Было ясно, что ее гнев может легко усилиться вплоть до того, что она выразит его в виде вспышки. Это по крайней мере однажды случилось с предыдущим психотерапевтом и закончилось преждевременным завершением в остальном продуктивно проводившегося курса психотерапии.

Когда возникают сильные эмоциональные реакции, необходимо отвечать на них быстро и открыто, сначала добиваясь ясного понимания мыслей и чувств клиента и затем прямо выясняя неправильные представления и разногласия. Для психотерапевта особенно важно своими словами и действиями дать понять клиенту, что психотерапевт не будет его ни эксплуатировать, ни отвергать из-за его реакций.

Психотерапевт, работавший с Джоан, смог довольно успешно уйти от резкой конфронтации, внимательно следя за такими невербальными признаками гнева и раздражения, как сжатые кулаки, покрасневшее лицо и вызывающее отношение в связи с несогласием. Затем психотерапевт начал разряжать обстановку, расспрашивая Джоан о ее гневе и раздражении, поощряя ее свободно выражать реакцию на домашние задания и обсуждать ход психотерапии, а также давая ей понять, что психотерапевт вовсе не пытается ею манипулировать. Но иногда гнев Джоан возникал очень быстро, и психотерапевт не всегда был достаточно проницательным, чтобы предотвратить эти вспышки. Но ему удавалось несколько ограничивать их и не давать им нарушать ход психотерапии, так как он решительно отказался от оборонительной позиции и ответных мер. Вместо этого он попытался вытерпеть вспышки гнева Джоан, понять ошибки в ее восприятии, которые приводили к возникновению гнева, и разъяснить свои истинные намерения и чувства. В тех случаях, когда психотерапевт проявлял невнимание или пренебрегал сотрудничеством, он открыто признавал свои ошибки.

Этот подход не только препятствовал тому, чтобы неуместный гнев Джоан нарушал ход психотерапии, но через какое-то время он и позволил ей на собственном опыте убедиться в ошибочности ее предвзятого мнения относительно людей, наделенных властью. Было получено множество примеров из реальной жизни, которые следовало использовать, чтобы помочь Джоан более адаптивным способом преодолевать свой гнев.

Из-за их сильного ожидания отвержения пограничные клиенты, вероятно, испытывают сильные эмоциональные реакции и потенциальные кризисы, когда происходят перерывы в психотерапии, особенно если необходимо закончить психотерапию до полного завершения лечения. Для психотерапевта важно начать обсуждение ожиданий клиента, его опасений и чувств до прерывания психотерапии, и возвращаться к этому обсуждению несколько раз, даже если клиент сразу сообщает, что завершение психотерапии не является для него проблемой. Клинический опыт подсказывает, что обычно на этот процесс желательно отводить по крайней мере три месяца. При завершении психотерапии ввиду достижения целей клиента часто весьма полезно постепенно сокращать лечение, переходя от еженедельных встреч до одной сессии за две недели и затем к ежемесячным сессиям.

Психотерапевты, работающие с пограничными клиентами, вероятно, обнаружат, что время от времени взаимодействие с клиентами вызывает у них самих сильные эмоциональные реакции. Они могут изменяться от вызванной сочувствием депрессии до сильного гнева, страха, безнадежности или влечения. Для психотерапевтов важно знать эти реакции и относиться к ним критически, чтобы они не могли существенно повлиять на поведение самого психотерапевта. В частности, многие психотерапевты обнаруживают, что иногда они очень сердятся на пограничных клиентов, когда те демонстрируют поведение, которое кажется манипулятивным, не выполняют домашних заданий или не реагируют на вмешательства, которые, по мнению психотерапевтов, должны быть эффективными. В таких случаях для психотерапевтов может быть особенно важно уделить внимание своим автоматическим мыслям (возможно, проведя «Запись дисфункциональных мыслей»). Бывает, что психотерапевты приписывают клиентам враждебные намерения или полагают, что те «не хотят стать лучше». Если психотерапевты способны спокойно обдумать ситуацию и лучше понять точку зрения клиентов, это часто может значительно смягчить эффект таких фрустрирующих и проблематичных взаимодействий.

Например, после продлившихся несколько недель попыток убедить Джоан выполнить

определенное домашнее задание психотерапевт думал: «Если она не хочет меняться, какого черта я должен беспокоиться?» — и чувствовал себя все более и более расстроенным. Однако, поразмыслив о том, что значит для Джоан это домашнее задание, он понял, что его выполнение приведет к следующему заданию, которого очень боялась Джоан. Он также понял, что при этом проявлялась тенденция Джоан к непрямому протесту против людей, наделенных властью, которых она рассматривала как склонных к контролю, и что она стояла перед дилеммой. Она боялась, что он рассердится из-за ее несогласия, но была неспособна подчиниться из-за своего интенсивного гнева и стремления избежать этой ситуации. Она также боялась, что, если она будет открыто возражать против назначения, это также рассердит психотерапевта. Вместо того чтобы считать, что она «не хочет меняться», психотерапевт понял, что она боялась исполнить назначение, но боялась и прямо высказать свои возражения.

Всякий раз, когда психотерапевт испытывает трудности в понимании своих реакций на клиента или неуверен относительно того, как обращаться с проблемной ситуацией, важно обратиться за консультацией к беспристрастному коллеге.

Отнюдь не являясь препятствием, сильные чувства могут быть весьма полезны, если психотерапевт способен понять их. Эмоциональные реакции не возникают случайно. Если психотерапевт испытывает необычно сильную реакцию на клиента, это, вероятно, будет ответом на определенный аспект поведения клиента, и если понять данное явление, то можно получить ценную информацию. Для психотерапевта не редкость эмоционально реагировать на паттерн в поведении клиента намного раньше, чем этот паттерн опознан на интеллектуальном уровне. Точная интерпретация эмоциональных реакций может ускорить распознавание этих паттернов. Но, решая, следует ли выразить эти эмоциональные реакции, необходимо проявлять рассудительность. Самораскрытие психотерапевта увеличивает уровень близости и может угрожать клиенту; с другой стороны, отрицание эмоциональной реакции, которая очевидна клиенту из невербальных проявлений, может снизить доверие и вызвать опасения.

Психотерапевту следует придерживаться спокойного, методичного подхода к психотерапии и сопротивляться тенденции воспринимать каждый новый симптом или кризис как чрезвычайное событие. Многие из этих новых симптомов и кризисов могут оказаться преходящими проблемами, которые исчезают так же быстро, как появляются, особенно если психотерапевт воспринимает их спокойно. Для тех проблем, которые станут центральными для психотерапии, важно детально оценить ситуацию перед вмешательством, а не предпринимать поспешную попытку провести «стандартные» вмешательства, которые могут не относиться к делу. В частности, если пограничный клиент начинает проявлять чрезвычайное волнение, признаки расстройства мышления или другие признаки реактивного психоза, спокойная, взвешенная реакция психотерапевта может оказаться достаточной, чтобы успокоить клиента и предотвратить психотический эпизод.

Если невозможно предотвратить развитие психоза, не стоит драматизировать события. Хотя могут понадобиться краткая госпитализация и лечение психотропными препаратами, эти психотические реакции редко приводят к продолжительным последствиям, если клиент и психотерапевт не решают, что это признак «безумия», и не отказываются от психотерапии. Несмотря на то что симптомы, проявившиеся в течение краткого реактивного психоза, могут походить на шизофрению, требуется по крайней мере шесть месяцев для постановки диагноза шизофрении. Краткий реактивный психоз часто продолжается лишь несколько дней (АРА, 1987).

Выбор начальных вмешательств

Широкий диапазон проблем и симптомов, имеющихся у пограничных клиентов, создает проблему выбора начальных целей для психотерапевтического вмешательства, особенно ввиду того, что одним из симптомов этого расстройства является путаница с целями и приоритетами. Хотя процесс определения приоритетов психотерапии должен быть совместным, психотерапевт захочет придерживаться исходной цели психотерапии, что, вероятно, должно способствовать быстрому продвижению психотерапии и служить хорошей основой для начальных вмешательств. Направленность на достижение конкретных поведенческих целей может быть очень полезна для минимизации проблем, вызванных трудностями в установлении близких и доверительных отношений у пограничных клиентов. Для большинства пограничных людей работа с проблемами, не требующими развитой способности к интроспекции, когда внимание сосредоточено на поведении, а не на мыслях и чувствах, выглядит менее угрожающе, чем сосредоточение на психотерапевтических отношениях или на глубоко личных проблемах. Это дает возможность постепенно строить отношения доверия и увеличивать терпимость клиента к близости, заметно продвигаясь к достижению цели и таким образом повышая мотивацию для продолжения психотерапии.

При работе с пограничным клиентом существует конфликт между необходимостью чутко реагировать на непосредственные беспокойства клиента и осуществлять сосредоточенный стратегический подход. Беспокойства и проблемы клиента, вероятно, будут меняться с каждой неделей, но если на каждой сессии заниматься новой проблемой, работа будет неэффективной. С другой стороны, если психотерапевт настаивает на определенном наборе целей и приоритетов, он рискует либо показаться безразличным и отталкивающим, либо ввязаться в силовую борьбу по поводу содержания психотерапии. Особенно важно поддерживать подход, основанный на сотрудничестве, даже если это связано с тем, что нужно периодически пересматривать цели и приоритеты и быть более гибким, чем обычно. Может быть, фокус психотерапии удастся сохранить, просто обсудив «за» и «против» сохранения этого фокуса или согласившись отвести часть сессии для текущих проблем и затем продолжить работу по достижению поставленных целей.

Однако с некоторыми клиентами необходимо каждую неделю заниматься новым кризисом и поддерживать непрерывность, занимаясь проблемами, лежащими в основе непосредственного кризиса. Например, когда Джоан настаивала на том, чтобы заниматься не ее промедлением с началом поиска работы, а конфликтом с ее консультантом в службе занятости или грубым поведением автомеханика, становилось ясно, что ее восприятие людей, наделенных властью, как враждебных и себя как бессильной являлось важной проблемой во всех трех ситуациях. Эти проблемы были различными, но связанными, поэтому, реагируя на них по отдельности, можно было продолжать следовать общей цели психотерапии.

В работе с пограничными клиентами особенно важно придерживаться стратегического подхода, основанного на сотрудничестве и направляемом открытии, а не на теоретических предубеждениях. Имея в когнитивной психотерапии большой выбор конкретных методов, предназначенных для работы с определенными проблемами, легко скатиться к подходу «поваренной книги», при котором психотерапевт начинает думать в терминах соответствия методов проблемам, а не основывать вмешательства на понимании отдельного клиента. Хотя такой подход может оказаться адекватным для многих ситуаций, это может привести к возникновению значительных проблем при работе с «нестандартным» клиентом. Пограничные клиенты часто имеют особые когнитивные структуры, лежащие в основе очевидно банальных проблем, и вмешательства, основанные на предвзятых мнениях психотерапевта, легко могут не достичь цели. Когда психотерапевт принимает подход с использованием направляемого открытия, а не подход «поваренной книги», психотерапевт и клиент постоянно получают новые данные. Это подготавливает психотерапевта к любым необычным паттернам, стоящим за очевидно обычными симптомами, и дает информацию, необходимую при выборе основных проблем для вмешательства.

Минимизация несогласия

Пограничные клиенты часто весьма чувствительны к вопросам контроля. В активной, директивной психотерапии психотерапевту и клиенту легко попасть в ловушку силовой борьбы по поводу содержания сессии или домашнего задания. Однако клиенту трудно вести силовую борьбу, если психотерапевт отказывается активно участвовать в ней. Если психотерапевт твердо придерживается модели сотрудничества, лежащей в основе когнитивной психотерапии, и позволяет клиенту участвовать в определении содержания сессии и домашних заданий, чутко относится к просьбам и осторожен при работе с клиентом, силовая борьба менее вероятна. Для психотерапевта важно воздерживаться от того, чтобы жестко настаивать на использовании «стандартных» вариантов домашних заданий. Не существует никакого одного волшебного формата заданий для выявления мыслей и работы с ними, обучения релаксации и т. д., и клиенты часто проявляют намного больше согласия, если играют активную роль в подгонке стандартных методов к собственным потребностям и предпочтениям.

Когда возникают проблемы с несогласием, для психотерапевта редко бывает продуктивным брать на себя авторитарную роль и просто настаивать, чтобы клиенты выполняли назначения. Часто бывает намного более продуктивным открыто признать, что клиенты имеют право отказаться делать что бы то ни было, но затем рассмотреть с клиентами «за» и «против» выбора выполнять домашнее задание по сравнению с выбором не выполнять его. Если обоснование задания понятно и клиенты осознают, что выбирают это задание сами, а не под принуждением, то вероятность возникновения проблем с несогласием снижается. Если несогласие сохраняется, то для выявления дополнительных проблем будет полезно исследование мыслей клиентов в моменты, когда они решают не выполнять домашнее задание.

Страх изменения часто приводит к несогласию, и это также может приводить к ухудшению самочувствия в ходе психотерапии или к преждевременному ее завершению. С учетом представлений пограничных пациентов о мире, неудивительно, что они боятся изменений. Когда люди находятся в опасной ситуации (или в той, которую они рассматривают как опасную), они склонны в значительной

степени полагаться на свои обычные «проверенные и правильные» копинг-реакции, так как по крайней мере они работают достаточно хорошо, чтобы быть приемлемыми, они знакомы и их результаты предсказуемы. Попытка реагировать по-новому предполагает шаг в неизвестное, согласие с риском неудачи и в результате неуверенность. Обычные копинг-реакции пограничных клиентов могут быть совершенно неудовлетворительными, но они могут находить их намного менее пугающими и сохранять дисфункциональное поведение, а не пробовать новые, непроверенные реакции.

Страх изменений у пограничного клиента может быть до некоторой степени уменьшен открытым обращением к нему, когда он становится очевидным, и исследованием рисков, связанных с опробованием новых реакций. Однако в целом необходимо осторожно вводить изменения в форме маленьких шагов и не оказывать давления, добиваясь слишком быстрых изменений. Психотерапевты часто испытывают желание «взять быка за рога», пытаясь провести драматическое вмешательство, которое могло бы привести к внезапному изменению. С пограничными клиентами обычно лучше перестраховаться. Намного легче работать с клиентом, который видит постепенное изменение и стремится продолжать работу, чем с клиентом, который напуган внезапными изменениями и отказывается продолжать психотерапию. Клиенты могут быть ценными советчиками в выборе темпа психотерапии, если психотерапевт просит их предоставлять ему обратную связь и внимателен к признакам ухудшения состояния клиента или к его нежеланию заниматься психотерапией.

Страх изменения может усиливаться, если клиент предполагает, что психотерапия закончится, как только проблемы будут решены, и боится резкого прекращения психотерапии. Когда имеются такие опасения, важно объяснить клиенту, что при улучшении его состояния психотерапия не закончится неожиданно и решение о завершении психотерапии будет приниматься совместно.

Уменьшение дихотомического мышления

Обычно дихотомическое мышление настолько присуще когнитивной деятельности пограничных людей, что им трудно даже представить себе мышление в терминах континуума величин, а не дискретных категорий. Чтобы эффективно уменьшить дихотомическое мышление, сначала необходимо продемонстрировать клиентам, что у них присутствует дихотомическое мышление, и убедить их, что в их интересах изменить такое мышление. Некоторые пограничные клиенты типа Джоан понимают, что они «видят все в черно-белом цвете», тогда как другие видят «оттенки серого», но многим другим таким клиентам необходимо помочь осознать этот паттерн, указывая примеры дихотомического мышления по мере их возникновения. Затем необходимо помочь клиентам понять, может ли мышление в терминах континуума оказаться более реалистичным и более адаптивным, чем дихотомическое мышление. Это можно сделать, выбрав релевантный параметр, например надежность, и попросив клиентов дать достаточно ясные операциональные определения этих двух крайних вариантов, чтобы можно было классифицировать людей, если эти категории валидны. Затем можно попросить, чтобы клиенты классифицировали знакомых им людей в терминах этих двух категорий, и проверить, имеет ли дихотомическое представление реальные основания. Ниже приводится пример такой работы.

Психотерапевт: Из того, что вы говорите, получается, что, говоря о доверии, вы используете принцип «все или ничего». Нужно либо полностью доверять кому-то, либо вообще не доверять.

Клиент: Конечно, так оно и есть.

Психотерапевт: Но так как бывает, что в какой-нибудь реальной ситуации, тот, кому вы доверяете, подводит вас, может быть, стоит еще раз подумать об этом. Каковы, на ваш взгляд, характеристики человека, который действительно заслуживает доверия? Например, представим, что к нам прилетел марсианин, который ничего не знает о людях и хочет определить, кому он может доверять: на что он должен обратить внимание?

Клиент: Они делают то, что говорят.

Психотерапевт: Все время?

Клиент: Да.

Психотерапевт: А еще что?

Клиент: Хм… Они никогда не лгут, их слова не расходятся с делом, и они не подводят вас и не причиняют вам вреда.

Психотерапевт: Это все или требуется что-то еще, чтобы действительно заслуживать доверия?

Клиент: Я полагаю, что это все.

Психотерапевт: Как можно точно охарактеризовать людей, которые не заслуживают доверия?

Клиент: Я полагаю, «вероломные».

Психотерапевт: И каковы характеристики истинно вероломного человека?

Клиент: Они не делают того, что говорят.

Психотерапевт: А как у них с ложью?

Клиент: Они все время лгут и пытаются использовать вас, когда подворачивается случай.

Психотерапевт: Вы сказали, что у заслуживающих доверия людей слова не расходятся с делом. А как с этим у вероломных людей?

Клиент: Когда они пытаются навредить вам, они придумывают любые оправдания того, почему это случилось.

Психотерапевт: Это достаточно хорошо описывает вероломных людей?

Клиент: Полагаю, что да… Постойте, еще одно. Они подогревают ваши надежды, а затем подводят вас. Это действительно бесит меня.

Психотерапевт: Давайте посмотрим, хорошо ли работает такой взгляд на надежность. Начнем с вашей невестки, так как я кое-что знаю о ней. Она заслуживает доверия или вероломна?

Клиент: О, я могу доверять ей.

Психотерапевт: Но давайте посмотрим на ваши критерии. Первый состоит в том, что заслуживающие доверия люди всегда делают то, что они обещали сделать. Разве на прошлой неделе вы не были вне себя оттого, что она не позвонила, когда сказала, что сделает это?

Клиент: Да, но потом она извинилась.

Психотерапевт: Но теперь ее нельзя считать полностью заслуживающей доверия. Из этого следует, что она вероломна? Она лжет и обманывает все время?

Клиент: Нет, она достаточно надежна.

Психотерапевт: Итак, по вашим стандартам она не заслуживает полного доверия, по и не полностью вероломна. Что из этого следует?

Клиент: Что это не «черное или белое»?

Психотерапевт: Хорошо, давайте проверим. Вообразите оценочную шкалу, где 10 — «абсолютно, полностью заслуживающий доверия» и 0 — «полностью вероломный». Как бы вы оценили вашу невестку?

Клиент: Я полагаю, примерно 8. Она суетлива и забывчива.

Психотерапевт: А как бы вы оценили вашу мать?

Этот подход позволяет избежать значительной доли сопротивления, с которым сталкивается психотерапевт, если просто пробует убедить клиента, что мир не черно-белый. Так как маловероятно, что все знакомые клиента располагаются по краям какого-либо континуума, обычно легко продемонстрировать, что континуальный подход более реалистичен и, таким образом, имеет существенные преимущества при принятии решений о том, что делать с людьми и ситуациями. Немного поупражнявшись, пограничные клиенты могут научиться преодолевать свое дихотомическое мышление, постепенно уменьшая его. Однако для психотерапевта может быть необходимо использовать этот подход на нескольких понятиях, прежде чем клиенты полностью освоят этот метод и будут самостоятельно преодолевать дихотомическое мышление.

Усиление контроля над эмоциями

Уменьшение дихотомического мышления часто приводит к заметному снижению частоты внезапных колебаний настроения и снижению интенсивности эмоциональных реакций клиентов, что обусловлено оценкой проблемных ситуаций в менее крайних понятиях. Но клиенты могут получить еще больший контроль над эмоциональными реакциями, если разовьют способность критически рассматривать свои мысли в проблемных ситуациях, научатся альтернативным реакциям на такие ситуации и адаптивным способам выражения эмоций. Хотя методы, используемые для контроля над мыслями и работы с ними, а также для развития активных, уверенных реакций у пограничных клиентов ничем не отличаются от используемых с другими клиническими группами (см.: Beck et al., 1979; Coche, 1987; Linehan, 1979; D'Zurilla & Goldfried, 1971), особенно важно не подгонять пограничных клиентов и быть бдительным к осложнениям.

Многие пограничные клиенты полагают, что если они выразят такие чувства, как гнев, это приведет к немедленному отвержению или нападению. В результате они часто пытаются подавить любое выражение этих эмоций и крайне неохотно рассматривают активный, уверенный подход, который мог бы включать умеренные проявления раздражения или других проблематичных эмоций. И в индивидуальной и в групповой психотерапии психотерапевтические отношения создают хорошую возможность для выработки адаптивного реагирования на эмоции в естественных условиях. Психотерапия представляет собой ситуацию, в которой клиент может экспериментировать с выражением чувств, не боясь разрушительных последствий. Психотерапевт может осуществлять этот процесс, периодически спрашивая, как клиент чувствует себя в определенных ситуациях, которые обычно раздражают клиентов или вызывают другие неприятные эмоции. Затем психотерапевт может открыто признать и принять эмоции, которые хочет выражать клиент, смоделировать соответствующие

реакции на выражение эмоции клиентом и обеспечить клиента обратной связью об эффекте, вызванном его реакциями. Может показаться, что можно ускорить этот процесс, намеренно усиливая эмоции или вызывая другие; однако психотерапевту лучше использовать естественно возникающие ситуации или с согласия клиента вызывать реакции с помощью ролевой игры или воображения, так как искренность и честность психотерапевта важны для поддержания отношений сотрудничества и доверия.

Усиление контроля над побуждениями

Те же самые типы вмешательств, которые полезны для усиления контроля над эмоциями, также полезны и для усиления контроля над побуждениями. Но при определении последовательности шагов, необходимых для обучения человека контролю над побуждениями (см. рис. 9.1), нужно рассматривать набор дополнительных целей вмешательств. Часто первым шагом в процессе усиления контроля над побуждениями должна быть работа со скрытой реакцией клиента: «Какого черта я должен делать это?!» Многим пограничным клиентам люди, наделенные властью, в течение долгих лет говорили, что им следует контролировать свое поведение, «а не то..!» К тому времени, когда психотерапевт поднимает эту тему, они могут быть настроены весьма оппозиционно. Для психотерапевта важно объяснить клиентам, что он не пытается заставить их управлять своими побуждениями и не стремится подчинить их поведение нормам общества, а пробует помочь клиентам развить способность *выбирать* , действовать под влиянием побуждения или нет, чтобы впоследствии не сожалеть о своих поступках.

Рис. 9.1. Возможные цели вмешательства при установлении контроля над побуждениями

После того как проведена эта предварительная работа, часто намного проще заставить клиентов сосредоточиться на конкретных проблемных ситуациях, исследовать преимущества и неудобства контроля над рассматриваемым побуждением и подобрать для этого соответствующие методы. Может быть необходимо детально рассмотреть самые основные шаги, такие как работа с умеренными побуждениями до того, как они усилятся и их станет трудно контролировать, и выявление адаптивных альтернатив. Как только идентифицированы адаптивные альтернативы, может быть полезно самостоятельное обучение этим новым формам поведения (Meichenbaum, 1977).

Саморазрушительное импульсивное поведение может быть особенно проблематично, поскольку может возникнуть необходимость быстро устранить это поведение и поскольку оно часто вызывает очень сильные эмоциональные реакции у психотерапевта. Важно ясно понять мотивацию саморазрушительного поведения клиента, сначала исследуя мысли и чувства, ведущие к саморазрушительным побуждениям или поведению, а затем прямо спрашивая: «Чего вы хотите добиться этим действием?» или «Что является целью *X* ?» В основе суицидных попыток, членовредительства и других саморазрушительных действий могут лежать различные мотивы: желание наказать людей, разгневавших клиента, желание наказать себя или облегчить чувство вины, желание отвлечь себя от более неприятных навязчивых идей и т. д.

Как только мотивация клиента становится понятной, можно начинать вместе с ним искать другие способы добиться того же самого результата, — способы, которые, вероятно, будут более адаптивны или будут иметь меньшее количество плохих побочных эффектов. Например, в качестве временной меры иногда можно заменить минимально саморазрушительным поведением (например, рисовать на себе маркером) более саморазрушительное действие (например, делать себе порезы). Это менее разрушительное действие можно заменить на более адаптивное, когда для этого придет время. Очевидно, если имеется высокий риск того, что клиент совершит серьезные саморазрушительные действия и в пределах имеющегося времени описанные выше вмешательства оказываются неэффективными, может быть необходима госпитализация, чтобы иметь достаточно времени для эффективного вмешательства. Превосходное описание мнений пяти пограничных клиентов о собственных эпизодах членовредительства можно найти в работе Либенхуфта, Гарднера и Каудри (Leibenhuft, Gardner, & Cowdry, 1987).

Укрепление чувства идентичности у клиента

В некоторой степени, более ясное понимание собственных целей, приоритетов, способностей и достижений — это побочный эффект подхода когнитивной психотерапии, заключающегося в выборе специфических целей для психотерапии и активном, уверенном их достижении. Однако возможно и далее способствовать развитию у клиентов более ясного чувства идентичности, помогая им выявлять их положительные характеристики и достижения, обеспечивая положительную обратную связь о хороших решениях и успешном преодолении трудностей и помогая им реалистично оценить свои действия. Как

правило, разумным будет практиковать умеренность и избегать экспансивности, так как пограничные клиенты сначала могут очень негативно реагировать на обратную связь. Особенно важно, чтобы обратная связь была честной, так как нереалистичная положительная обратная связь просто снижает доверие к психотерапевту и наводит на мысль, что он пытается «приспосабливаться» к клиенту. Когда поведение клиента с ПРЛ дезадаптивно, может быть трудно предоставить ему честную положительную обратную связь. Но если критерии оценки выбраны правильно, психотерапевт внимательно относится к маленьким успехам и искренним попыткам со стороны клиента, можно найти возможности для честной положительной обратной связи намного раньше, чем дела клиента пойдут на лад. Например, пограничному клиенту очень трудно сообщить о действии, которого он искренне стыдится, или выражать гнев на психотерапевта. Однако подобные шаги значительно способствуют прогрессу в психотерапии. Психотерапевт может похвалить клиента за то, что тот идет на риск, даже если способ выражения стыда или гнева оставляет желать лучшего.

Работа с допущениями

Процесс выявления основных допущений или схем пограничных клиентов и работа с ними отличается от «стандартного» подхода к когнитивной психотерапии депрессии (Beck et al., 1979) прежде всего ввиду убежденности этих клиентов в их допущениях. В результате обычно наиболее эффективно 1) полагаться на проведение «поведенческих экспериментов», чтобы проверить законность убеждений, и 2) думать в терминах «постепенного сокращения» убеждений, а не надеяться устранить их за несколько сессий путем интенсивных вмешательств.

Убеждения клиентов, заключающиеся в том, что повседневная жизнь полна опасностей и что они беспомощны, могут быть постепенно поставлены под сомнение путем проверки их ожиданий с помощью предыдущего опыта и проведения поведенческих экспериментов, а также через развитие новых способностей и копинг-навыков. Например, убеждение Джоан, что она ничего не могла поделать с плохим обращением с ней, было слегка изменено анализом ее переживаний на прежних работах и в аспирантуре, где она иногда была в состоянии справиться с плохим обращением. Затем это убеждение было уменьшено использованием значительно усовершенствованных навыков в отстаивании своего мнения и решении проблемы, но оно не было устранено, пока она не устроилась на новую работу и не приобрела успешного опыта преодоления нескольких случаев плохого обращения.

Может оказаться особенно сложно изменить убежденность пограничных людей в том, что они по сути своей в чем-то ущербны и это неизбежно приведет к отвержению, если обнаружится. Чтобы проверить это убеждение, клиенты должны рискнуть быть откровенными и понаблюдать реакцию окружающих на это, но такое задание встречает сильное сопротивление со стороны самих клиентов. Эту дилемму полезно обсудить открыто, помогая клиентам попробовать определить, имеют ли они какие-либо неизменные и абсолютно недопустимые недостатки, а также помогая им рассмотреть издержки поведения, при котором они избегают близости, чтобы их не «раскусили». Однако единственную наиболее эффективную возможность работы с этим допущением предоставляют отношения между психотерапевтом и клиентом. По ходу психотерапии клиенты постепенно раскрывают весь диапазон своего «безумия», многие из действий, по поводу которых они испытывают чувства стыда или вины, и эмоции, которые они считали невыносимыми. Если психотерапевт сможет искренне принимать этих клиентов такими, какие они есть, и сообщать об этом принятии через эмпатию и заботу, это обеспечит клиентов веским доказательством того, что они могут быть приняты «как есть», даже когда известны их самые страшные тайны. Для клиентов также важно понять, что их примет не каждый человек, и быть способными справиться с отвержением так же, как с принятием, когда они продолжают практиковать открытость и близость в отношениях с людьми вне психотерапии.

Выводы

Когнитивная психотерапия с пограничными пациентами может оказаться довольно сложной, и клиницисту рекомендуется, если это возможно, ограничить число таких пациентов в своей клиентуре; но работа с ними может оказаться весьма благотворной.

Например, Джоан приходила на психотерапию еженедельно в течение пяти месяцев. При завершении психотерапии у нее больше не было проблем с колебаниями настроения, тревогой или депрессией в течение двух месяцев. Она преодолела свое нежелание искать работу, нашла хорошую работу по специальности, успешно работала и избавилась от недовольства по поводу графика и правил работы, а также плохого обращения с ней, которое обычно возникало при работе на большом предприятии.

Джоан была также более довольна своим браком, более умеренно реагировала на возникающие

проблемы и была способна уверенно держаться, общаясь со своим мужем. Она имела лишь довольно обычные проблемы, была способна эффективно справляться с ними, когда они возникали, и имела ясное понимание того, как она сможет справиться с любыми большими проблемами, которые могут возникнуть в будущем.

При завершении психотерапии Джоан оставалась довольно возбудимой и все еще работала над тем, чтобы снизить высокие требования к себе. Она еще не успела завести много друзей в Чикаго, потому что посвящала свое время и энергию решению семейных проблем. Но она чувствовала, что готова самостоятельно продолжить работать над решением этих проблем и снова обратиться к своему психотерапевту, если столкнется с какими-либо трудностями.

При работе с Джоан прогресс был достигнут быстрее, чем обычно, потому что очень полезной оказалась предыдущая психотерапия, несмотря на то что клиентка поначалу отрицала это. По нашему опыту, было бы реалистично ожидать, что при ведении когнитивной психотерапии с пограничным клиентом, не получавшим ранее обширной психотерапии, потребуется от полутора до двух с половиной лет еженедельных сессий. (Более ограниченные цели часто могут быть достигнуты за сравнительно короткий период, если соблюдены все предосторожности в связи с подготовкой клиента к завершению психотерапии.)

Совсем другой временной интервал — от 15 до 20 сессий, обычен для когнитивной психотерапии несложной униполярной депрессии, и это едва ли может рассматриваться как краткосрочная психотерапия. Однако это никак нельзя сравнить с ведущим альтернативным подходом лечения — психоаналитической психотерапией. Поскольку психоаналитическая психотерапия ПРЛ — это прежде всего лечение, основанное на понятии переноса, и оно не сосредоточено на лечении определенных симптомов или когнитивных структур (Kernberg, 1977), когнитивная психотерапия обычно намного быстрее приводит к улучшению основных симптомов. Психоаналитические авторитеты в лечении ПРЛ сообщают, что психотерапия обычно требует от 5 до 7 лет (Masterson, 1982). Когнитивная психотерапия с пограничными клиентами едва ли быстра и легка, но она обещает быть более эффективным подходом, чем доступные в настоящее время альтернативы.

Эмпирическое изучение эффективности когнитивной психотерапии или других видов когнитивно-поведенческой психотерапии пациентов с ПРЛ находится в начальной стадии, и еще мало известно об эффективности когнитивной психотерапии при работе с этой популяцией. Лайнхэн с коллегами (Linehan, Armstrong, Allmon, Suarez, & Miller, 1988; Linehan, Armstrong, Suarez, & Allmon, 1988) недавно исследовали эффективность диалектической поведенческой психотерапии по сравнению с «обычным лечением» на выборке хронических парасуицидальных пограничных больных. Пациенты, получающие диалектическую поведенческую психотерапию, значительно реже прерывали психотерапию и занимались членовредительством, чем испытуемые из контрольной группы. Однако за 12 месяцев лечения было достигнуто лишь небольшое улучшение депрессии и другой симптоматики при применении обоих подходов к лечению, и в общем ни один из них не был явно лучше. Это довольно скромные результаты; но обнадеживает тот факт, что в результате одного года когнитивно-поведенческого лечения может происходить длительное улучшение парасуицидального поведения в выборке пациентов, которые не только удовлетворяли диагностическим критериям ПРЛ, но также были хронически парасуицидальны, многократно госпитализировались в психиатрические больницы и были неспособны удержаться на работе из-за психиатрических симптомов. Очевидно, необходимо провести еще много дополнительных исследований альтернативных подходов к лечению и проверить различные когнитивно-поведенческие трактовки этого расстройства.

Наш клинический опыт использования представленного подхода для лечения пограничных пациентов весьма обнадеживает, особенно если учесть, что плохие результаты получают, когда при использовании когнитивно-поведенческих вмешательств не принимают во внимание индивидуальных характеристик таких клиентов (Mays, 1985; Rush & Shaw, 1983). Тем не менее само собой разумеется, что необходимо обширное эмпирическое исследование. Существуют очевидные практические проблемы с попыткой собрать большую выборку пограничных пациентов для традиционного изучения результатов лечения или для проверки гипотезы. Сложный план изучения отдельного случая, который использовался Туркатом и Мэйсто (Turkat & Maisto, 1985) в их исследовании поведенческого лечения расстройств личности, может дать практический способ разработки опытным путем обоснованного подхода к пониманию и лечению этих сложных пациентов.

Глава 10.
Гистрионное расстройство личности

Понятие «истерия» имеет долгую историю, охватывающую более чем четыре тысячи лет (см. резюме в книге: Vieth, 1977). Использование этого термина вызывает споры, и понятие «истерия» было

отвергнуто феминистками как сексистский ярлык, часто использовавшийся, чтобы принизить значение женских проблем всякий раз, когда они предъявляли жалобы, которые не были легкообъяснимыми, или когда они выдвигали требования, казавшиеся чрезмерными. Термин «истерия» использовался для обозначения таких разнородных явлений, как временная потеря контроля вследствие сильного стресса, конверсионное расстройство, синдром Брикета, расстройство личности и черта личности. Возможно, чаще всего он использовался, чтобы описать легковозбудимых пациенток, которые с трудом поддаются лечению. В обзоре этого явления Темошок и Хеллер (Temoshok & Heller, 1983) утверждают, что «диагностический ярлык «истерия» основан на внешнем впечатлении, лабилен, расплывчат, изменчив и поверхностно привлекателен как различные явления, с которыми он был связан» (p. 204). В попытке уменьшить путаницу (и возможные сексистские коннотации) относительно использования термина «истерия» Американская психиатрическая ассоциация не включила этот термин в *DSM-III* (APA,1980). Вместо этого были обозначены отдельные категории соматизации, конверсионного расстройства, ипохондрии, диссоциативного расстройства и гистрионного расстройства личности (ГРЛ).

Исторический обзор

Концепция истерии началась с древнеегипетской идеи о том, что если матка не закреплена, она будет блуждать по всему телу и остановится в определенном месте, вызывая там истерические симптомы. Лечение состояло в возвращении матки в нормальное положение путем окуривания или смазывания влагалища благовониями либо в том, чтобы прогнать матку из нового места ингаляцией или применением дурно пахнущих ядовитых веществ на пораженном участке. Предписания Гиппократа часто включали брак и рождение ребенка — рекомендации, даваемые врачами их истеричным пациенткам до сих пор.

Миллон (Millon, 1981) дает превосходный обзор ранних немецких описаний истерического характера, коротко описывая давние споры по поводу использования этого термина. Например, согласно Миллону, уже в 1923 году Шнайдер использовал ярлык «ищущий внимания» как замену понятию «истерический», заявляя, что последний термин подразумевает моральное суждение и имеет слишком широкое и неопределенное значение.

Хотя психоаналитическая теория происходит из объяснения Фрейдом симптомов истерии, его первичный интерес фокусировался на конверсионной истерии, а не на истерических чертах личности. В ранних психодинамических описаниях уделяется особое внимание нерешенным эдиповым конфликтам как первичному детерминанту этого расстройства, и подавление рассматривается как наиболее характерный тип защиты. Абрахам (Abraham, 1927/1948), Феничел (Fenichel, 1945) и Райх (Reich, 1945) подчеркивали значительную роль в развитии истерической личности эдипова комплекса, а также кастрационной тревоги и зависти к пенису. Они рассматривали оральные фантазии как защитную регрессию против доминирующих особенностей эдипова комплекса. Основываясь на убеждении, что разрядка подавляемых сексуальных эмоций приведет к излечению, психоаналитическое лечение истерии сначала состояло из суггестивных воздействий и гипноза для облегчения абреакции. Позже Фрейд модифицировал свой метод, включив в него использование свободной ассоциации и интерпретации сопротивления и переноса, чтобы облегчить достижение инсайта и абреакцию. Хотя лечение истерии считалось основой психоаналитического метода, было опубликовано мало эмпирических, контролируемых исследований.

Мармор (Marmor, 1953) оспорил классическую психоаналитическую точку зрения, подняв вопрос о том, является ли фиксация истерической личности прежде всего оральной, а не фаллической по своей природе, предполагая более глубокие и примитивные расстройства. Несколько теоретиков психоанализа достигли компромисса между этими двумя представлениями, предлагая дифференциацию в пределах спектра истерической личности (Easser & Lesser, 1965; Kernberg, 1975; Zetzel, 1968). Не так давно Баумбахер и Амини (Baumbacher & Amini, 1980–1981) выделили три подгруппы расстройств в ГРЛ: 1) невроз при истерическом характере, связанный с классическим триадическим эдиповым комплексом; 2) истерическое расстройство личности, возникающее на начальной фаллической стадии и таким образом связанное с диадическими (мать—ребенок) проблемами; 3) пограничная организация личности с истерическими особенностями, характеризующаяся более примитивными видами защит доэдиповых стадий.

В исследованиях с применением факторного анализа Лазар, Клерман и Армор (Lazare, Klerman, & Armor, 1966, 1970) обнаружили, что четыре из семи черт, традиционно связанных с истерической личностью, как и ожидалось, сгруппировались вместе. Черты эмоциональности, эксгибиционизма, эгоцентризма и сексуальной провокации были сгруппированы вместе, в то время как черты внушаемости и страха сексуальности группы не образовывали. Зависимость находилась в средней позиции. Было неожиданностью, что в группу истерических черт попали такие черты, как агрессия,

оральная экспрессия, упрямство и отвержение других. На основе этих результатов Лазар с коллегами сделали вывод, что их выборка истерических пациентов, возможно, соответствует более примитивному, догенитальному варианту истерии.

Уже в *DSM-I* (APA, 1952) проводилось различие между тем, что считалось невротическими аспектами истерии (конверсионная реакция) и личностными аспектами (тогда называвшимися «эмоционально неустойчивой личностью»). В *DSM-II* (APA, 1968) были выделены истерический невроз (включая конверсионную реакцию и диссоциативную реакцию) и истерическая личность. Хотя психоаналитические теории истерической личности были более известны, чем любая другая концепция, они, очевидно, не оказали большого влияния на официальные классификации. Например, диагноз истерической личности в *DSM-II* был основан на группах черт и форм поведения, и истерическая личность определялась как паттерн поведения, «характеризующийся возбудимостью, эмоциональной неустойчивостью, чрезмерной реактивностью и демонстративностью… Эти люди также незрелы, сосредоточены на себе, часто тщеславны и сильно зависят от других» (p. 43). Как было отмечено ранее, в *DSM-III* (APA, 1980) термин «истерия» не использовался вообще, вместо этого была описана отдельная категория гистрионного расстройства личности.

Клиническая оценка

Согласно *DSM-III-R* (APA, 1987), ГРЛ характеризуется чрезмерной эмоциональностью и стремлением привлечь к себе внимание (табл. 10.1). Люди с ГРЛ постоянно ищут или требуют поддержки, одобрения или похвалы от других. В отличие от людей с зависимым расстройством личности они активно добиваются внимания других через яркое, привлекающее внимание поведение. Они чрезмерно обеспокоены своим внешним видом, часто привлекательны и чувствуют себя наиболее комфортно, когда находятся в центре внимания. Их эмоциональность кажется неадекватно преувеличенной, лабильной и поверхностной, они склонны к общим высказываниям и имеют импрессионистичный стиль речи. Они рассматриваются другими как сосредоточенные на себе и неспособные откладывать удовлетворение своих потребностей. По стилю поведения это живые, эффектные и, в соответствии с диагнозом, гистрионные пациенты. Их поведение чрезмерно реактивно и интенсивно. Они эмоционально возбудимы и жаждут стимуляции, часто отвечая на незначительные стимулы иррациональными вспышками гнева или истериками. Их межличностные отношения нарушены, и окружающие воспринимают их как ограниченных, неискренних, прихотливых и чрезмерно зависимых людей.

Таблица 10.1. Диагностические критерии гистрионного расстройства личности по *DSM-III-R*

Тотальный паттерн чрезмерной эмоциональности и привлечения внимания, возникающий в ранней взрослости и существующий в разных контекстах, на что указывают по крайней мере *четыре* признака из следующих:

1) постоянно ищет или требует поддержки, одобрения или похвалы;

2) неадекватно сексуален во внешности или поведении;

3) чрезмерно заботится о своем внешнем виде;

4) выражает эмоции неадекватно преувеличенно, например обнимает случайных знакомых с чрезмерным усердием, безудержно рыдает по незначительным сентиментальным поводам, проявляет вспышки раздражения;

5) испытывает дискомфорт, когда не является центром внимания;

6) обнаруживает быструю смену и поверхностность эмоций;

7) сосредоточен на себе, действия направлены на получение немедленного удовлетворения; нетерпим к фрустрации, вызванной отсрочкой вознаграждения;

8) речь чрезмерно импрессионистична и небогата деталями, например когда его просят описать мать, может лишь сказать: «Она была замечательным человеком».

Примечание. Из «Руководства по диагностике и статистической классификации психических расстройств» (3-е изд., перераб.), (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd ed., rev.). American Psychiatric Association, 1987, Washington, DC: Author, p. 349). ©1987, Американская психиатрическая ассоциация. Воспроизведено с разрешения.

В *DSM-III-R* межличностные отношения гистрионных людей описаны как преимущественно бурные и неудовлетворяющие. Из-за зависимости от внимания окружающих, пациенты с ГРЛ особенно уязвимы к тревоге расставания и могут приходить на лечение, когда сильно расстроены из-за разрыва отношений. Славни и Мак-Хью (Slavney & McHugh, 1974) при исследовании 32 пациентов психиатрической больницы с диагнозом гистрионного расстройства личности обнаружили, что почти

80 % из них были госпитализированы по причине суицидального поведения, депрессии или по обеим этим причинам. Большинство попыток самоубийства угрожали жизни и предпринимались обычно после приступов гнева или разочарования. Тревожные расстройства, например панические, с наличием или при отсутствии агорафобии, также являются обычными проблемами этих пациентов. Другие распространенные осложнения ГРЛ, которые могут приводить к возникновению желания лечиться, включают алкоголизм и употребление других психоактивных веществ, конверсионное расстройство, соматизацию и краткий реактивный психоз.

Например, Дебби, 26 лет, продавщица в магазине модной одежды, пришла на психотерапию по поводу панического расстройства с агорафобией. Она была одета ярко, на голове — сложная и эффектная прическа. Ее внешность была замечательна тем, что при росте не более 160 см у нее было около 30 кг лишнего веса. Она пришла в темных очках и в течение оценки постоянно играла с ними, нервно снимая и надевая их и размахивая ими, когда хотела подчеркнуть какую-нибудь мысль. Она громко и театрально плакала в различные моменты интервью, потратив большое количество бумажных носовых платков. Она непрерывно просила о поддержке («Со мной будет все хорошо?», «Я смогу с этим справиться?»). В течение оценки она говорила без остановки. Когда оценивающий мягко останавливал ее, она реагировала очень примирительно, смеясь и говоря: «Я знаю, что говорю слишком много»; тем не менее она продолжала вести себя так на протяжении всей сессии.

Как следует из названия, важнейшим признаком ГРЛ является чрезмерно драматическое, или гистрионное, представление о себе. Попросив работников колледжа и членов профессорско-преподавательского состава проранжировать диагностическую важность черт, описывающих истеричную личность, Славни (Slavney, 1978) обнаружила, что демонстративность, стремление привлечь внимание, эмоциональная неустойчивость и соблазняющее поведение оценивались как наиболее диагностически важные и наиболее уверенно распознаваемые признаки. Тщеславие, незрелость и конверсионные симптомы были отмечены как относительно несущественные и хуже распознаваемые.

Оказалось трудным прямо измерить демонстративность, но существуют исследования такой черты, как эмоциональная лабильность. Славни с коллегами в ряде исследований продемонстрировали, что изменчивость настроения положительно коррелировала с оценками собственных истерических черт среди нормальных мужчин и женщин и что пациенты с диагнозом ГРЛ имели бóльшую изменчивость настроения, чем пациенты из контрольной группы (Rabins & Slavney, 1979; Slavney, Breitner, & Rabins, 1977; Slavney & Rich, 1980). Стандидж, Билсбери, Джейн и Смит (Standage, Bilsbury, Jain, & Smith, 1984) обнаружили, что у женщин с диагнозом ГРЛ нарушена способность чувствовать и оценивать собственное поведение так, как оно воспринимается и оценивается другими в той же самой культуре.

Пациент с ГРЛ определяется как карикатура на то, что в нашей культуре считается женственностью: тщеславный, поверхностный, демонстративный, незрелый, чрезмерно зависимый и эгоистичный. При оценке психиатрами понятий «женщина», «мужчина», «гистрионная личность», «антисоциальная личность» и «компульсивная личность» с использованием метода семантического дифференциала обнаружилась более сильная связь между коннотативными значениями понятий «женщина» и «гистрионная личность», чем между, с одной стороны, понятием «мужчина» и, с другой стороны, понятиями «антисоциальная личность» и «компульсивная личность» (Slavney, 1984).

ГРЛ наиболее часто диагностируют у женщин; когда же его диагностируют у мужчин, это связывается с гомосексуальностью. Эта гендерная специфика, однако, может в большей мере являться следствием наших социальных ожиданий, чем истинных различий. ГРЛ более адекватно рассматривать как карикатуру на сексуальные роли вообще, относя к нему не только крайне выраженную женственность, но и крайне выраженную мужественность (Kolb, 1968; MacKinnon & Michaels, 1971; Malmquist, 1971). Крайнее выражение женственности довольно часто диагностируется как гистрионное расстройство, тогда как карикатурная мужественность (ярко выраженный «мачо», который демонстративен, ищет острых ощущений, поверхностен, тщеславен и эгоцентричен) редко диагностируется как ГРЛ, даже если проявления расстройства соответствуют критериям *DSM-III-R.* Такой человек, вероятно, не будет искать лечения.

Соотношение между ГРЛ, антисоциальной личностью и соматизацией изучали Лилиенфельд, Ван Валкенбург, Ларнц и Акискал (Lilienfeld, Van Valkenburg, Larntz, & Akiskal, 1986). Они обнаружили, что эти три расстройства в значительной степени пересекаются, и наибольшая связь отмечена между антисоциальной личностью и ГРЛ. Кроме того, они сообщают, что ГРЛ, по-видимому, ослабляет связь между антисоциальной личностью и соматизацией, так как только у людей без ГРЛ связь между антисоциальной личностью и соматизацией существенна. Это привело авторов к предположению о том, что у гистрионных людей развивается антисоциальное расстройство личности, если это мужчины, и соматизация, если это женщины.

Эмоции гистрионного человека интенсивно выражены, однако кажутся преувеличенными или неубедительными, как будто пациент играет театральную роль. При оценке ГРЛ клиницист может использовать свои собственные реакции как полезный индикатор того, когда предполагать наличие этого расстройства. Если пациент сообщает о сильных душевных страданиях, а клиницист чувствует, что это розыгрыш, вместо того чтобы испытывать сочувствие к человеку, может оказаться полезным подробнее рассмотреть возможность наличия ГРЛ. Эти пациенты кажутся весьма сердечными, обаятельными и даже обольстительными, и все же создается впечатление, что чего-то не хватает. Их чувствам, очевидно, недостает глубины или искренности.

На сессии групповой психотерапии, например, один из психотерапевтов прокомментировал факт, что Дебби всегда приносила большой стакан воды. Дебби ответила: «Вода — это еще ничего; вы увидите, что я еще принесла!» Затем она театрально схватила свою большую сумку и вынула Библию, соль, мочалку из махровой ткани, бумажный мешок и бутылочку лекарства, объяснив, как она будет использовать каждую из этих вещей в случае приступа паники. Хотя она сообщала, что была встревожена и не могла ходить без всех этих вещей, она, казалось, была удовлетворена показом своего снаряжения и получала удовольствие от «шоу и рассказа».

Эти пациенты часто говорят о своих симптомах, мыслях и действиях, как будто это внешние объекты, навязанные им помимо их воли. Они склонны делать всеобъемлющие заявления типа: «Эти вещи, похоже, всегда случаются со мной!» Их речь часто энергична, театральна и включает много преувеличений. Они склонны использовать фразы, которые иногда кажутся весьма убедительными и впечатляющими, однако впоследствии клиницист осознает, что на самом деле так и не понял, что же имел в виду пациент. Они используют театральную интонацию и драматические жесты. Они часто одеваются так, чтобы привлечь внимание, придерживаются эффектного и провокационного стиля, предпочитают яркие цвета, злоупотребляют косметикой и окрашиванием волос.

Хотя признаки демонстративного поведения могут указывать на присутствие ГРЛ, демонстративный стиль или необычная одежда сами по себе недостаточны для того, чтобы служить основой для постановки диагноза ГРЛ. Чтобы этот термин был чем-то бо́льшим, чем просто заменой понятия «истерический» со всеми соответствующими предубеждениями, клиницисты должны быть внимательны, использовать все диагностические критерии *DSM-III-R* и не классифицировать пациентов как гистрионных лишь на основе склонности к демонстративности. Однако если эти характеристики используются как признаки, указывающие на то, что клиницист должен тщательно собрать дополнительную информацию, которая будет полезна при постановке диагноза, то диагноз ГРЛ будет более надежен.

Полезно исследовать межличностные отношения во всей их глубине. Необходимо получить подробные сведения о том, как начались отношения, что происходило дальше и как они закончились. Следует быть внимательным к таким признакам, как романтическое представление об отношениях, которое вскоре разрушилось, отношения, которые начинаются как идиллические и заканчиваются как несчастья и бурные отношения с драматическим окончанием. Следует также спросить о том, как люди справляются с гневом, ссорами и разногласиями. Клиницист должен попросить привести конкретные примеры и найти любые признаки драматических вспышек, вспышек раздражения и использования гнева в целях манипуляции.

Например, Дебби всегда имела сложные отношения с людьми. Когда ей было 16 лет, у нее был очень ревнивый друг, который втайне следил за ней. Эти отношения в конце концов закончились дракой с поножовщиной, хотя Дебби время от времени все еще встречалась с ним, когда начала лечение. В двадцать с небольшим лет, когда ее друг внезапно прекратил ей звонить, она нашла нового друга, за которого «вышла замуж назло». Когда ее спрашивали, что хорошего в этом браке, она говорила, что они похожи в том, что оба «любят одежду». Она сообщила, что отношения были прекрасны до брака, но что вскоре после заключения брака «он начал управлять мной». Но этому сообщению противоречило дальнейшее описание того, как в ночь перед свадьбой она просила его не жениться на ней, а он угрожал убить ее, если она за него не выйдет. Лишь когда ее настойчиво спросили о том, что она имела в виду под тем, что он «управляет» ею, она уточнила, что ее муж был алкоголиком и заядлым игроком, а также что он бил ее и изменял ей. Через несколько месяцев совместной жизни они развелись.

Большинство людей не проявляют желания сообщать о наличии у себя негативных черт, свойственных ГРЛ, но часто можно получить некоторый релевантный материал об этих факторах, спрашивая пациентов, как их склонны оценивать окружающие. Один из способов сделать это состоит в том, чтобы обсудить предыдущие несложившиеся отношения, спросив, на какие их негативные качества указывали другие люди. Каждого пациента нужно подробно расспросить о наличии суицидных мыслей, угроз и попыток, чтобы определить, имеется ли в настоящее время риск суицида. При работе с потенциально гистрионным пациентом эта информация также может помочь определить,

являются ли текущие угрозы или попытки демонстративными или манипулятивными. Также может быть полезно спросить о самых любимых занятиях пациента, чтобы выяснить, получает ли он удовольствие от того, что находится в центре внимания, или обнаруживает ли стремление к деятельности и возбуждению.

Осмысление с точки зрения когнитивного подхода

Хотя Шапиро (Shapiro, 1965) полагает, что подавление играет важную роль в развитии истерической патологии, он рассматривает «невротический стиль» истериков не только как результат вытеснения из сознания определенных мыслей или эмоций. Он рассматривает общий способ познания истериков как слишком общий, неорганизованный и импрессионистичный, независимо от содержания. Он считает истериков неспособными к интенсивной Или последовательной интеллектуальной концентрации, что, по его мнению, ведет к общей отвлекаемости и внушаемости и к дефициту общих знаний даже в областях, где трудно объяснить это влиянием подавления.

Бек как один из теоретиков когнитивной и поведенческой психотерапии (Beck, 1976) дает когнитивную трактовку истерии, но исследует истерию скорее в смысле конверсионной истерии, чем ГРЛ. Миллон (Millon, 1981) представляет то, что он называет взглядом на ГРЛ с точки зрения «биосоциальной теории научения» и рассматривает это расстройство как соответствующее активно-зависимому паттерну личности.

Одно из основных допущений человека с ГРЛ таково: «Я неадекватен и неспособен жить самостоятельно». Подобное допущение характерно и для ряда других расстройств; но ГРЛ отличается от других расстройств тем, как человек справляется с этим допущением. Например, депрессивные больные с этим основным убеждением могут останавливать свое внимание на негативных аспектах себя, чувствуя себя никчемными и безнадежными. Люди с зависимым расстройством личности могут подчеркивать свою беспомощность и пассивно надеяться, что кто-то будет заботиться о них. Гистрионные люди имеют тенденцию придерживаться более прагматичного подхода, ничего не оставляя на волю случая. Они приходят к выводу, что, поскольку они неспособны заботиться о себе, то должны найти способы заставить других заботиться о них. Затем они активно начинают искать внимания и одобрения, с тем чтобы убедиться, что окружающие достаточно удовлетворяют их потребности.

Так как гистрионные пациенты полагают, что их выживание в этом мире зависит от других, они также склонны иметь основное убеждение, что фактически каждый человек должен любить их, что бы они ни делали. Это ведет к очень сильному страху отвержения. Даже одна мысль о возможном отвержении чрезвычайно пугает этих людей, так как напоминает об их шатком положении в мире. Любой признак отвержения разрушителен, даже когда человек, отвергающий пациента, фактически не важен ему. Чувствуя себя существенно неадекватными, но все же стремясь получить одобрение как свое единственное спасение, люди с ГРЛ не могут расслабиться и положиться на волю случая в получении одобрения. Вместо этого они ощущают постоянную необходимость искать одобрение наиболее эффективным доступным способом, что часто выражается в чрезмерном проявлении стереотипа своей сексуальной роли. Гистрионные женщины (так же, как и некоторые мужчины), по-видимому, с раннего возраста вознаграждались за изящность, физическую привлекательность и обаяние, а не за компетентность или любые усилия, требующие систематического мышления и планирования. Гистрионные мужчины («мачо») научились играть крайне маскулинную роль, получая вознаграждение за мужество, крутость нрава и силу, а не за фактическую компетентность или способность решать проблемы. Таким образом, понятно, что гистрионные мужчины и женщины учатся сосредоточивать внимание на исполнении ролей и на игре на публику.

Например, родители Дебби развелись, когда она была еще в младенческом возрасте, после чего ее отец переехал в Нью-Йорк и занялся шоу-бизнесом. Ребенком она видела его один раз в год и остро чувствовала, что должна конкурировать с его друзьями из шоу-бизнеса и с многочисленными женщинами, окружающими его. Она сообщила, что он всегда хотел, чтобы она была «идеальной маленькой девочкой», и она постоянно переживала, что разочарует его.

При обсуждении одного случая ГРЛ Туркат и Мэйсто (Turkat & Maisto, 1985) определили проблемы пациентки как «чрезмерную потребность во внимании и неспособность использовать соответствующие социальные навыки, чтобы привлечь внимание других» (р. 530). Таким образом, хотя начальной целью может быть одобрение со стороны окружающих, люди с ГРЛ не научились эффективно получать его. Вместо того чтобы научиться наблюдать и анализировать реакции других людей и систематически пытаться понравиться им или произвести на них впечатление, гистрионный человек чаще вознаграждался за общее исполнение некоторых ролей, поэтому лишь исполняя эти роли он учится выделяться среди других. Стремление понравиться само по себе не обязательно

дисфункционально. Однако гистрионные люди настолько вовлечены в эту стратегию, что на самом деле используют ее далеко не эффективно. Увлеченные своей ролью и привлечением внимания, они теряют из виду свою реальную цель и начинают искать возбуждения и драматизации ради них самих.

Люди с ГРЛ считают себя общительными, дружелюбными и приятными. В начале отношений их часто воспринимают как очень обаятельных. Но по мере того как отношения продолжаются, обаяние теряется, и их начинают считать чрезмерно требовательными и нуждающимися в постоянной поддержке. В стремлении к тому, чтобы быть принятыми окружающими и получить их одобрение, они склонны прибегать к различным хитростям, чтобы вызвать положительные реакции. Так как уверенное поведение и прямые просьбы о том, чего ты хочешь, могут вызвать отвержение, они часто используют для достижения своих целей более косвенные подходы, типа манипуляций; но если более тонкие методы терпят неудачу, гистрионные личности прибегают к угрозам, принуждению, вспышкам раздражения и угрозам самоубийства.

Гистрионные люди так обеспокоены получением внешнего одобрения, что привыкают ценить внешние события больше, чем собственные внутренние переживания. Уделяя так мало внимания собственной внутренней жизни, они остаются без какого-либо ясного чувства идентичности и видят себя прежде всего относительно других. Свой внутренний опыт они воспринимают как чуждый и неудобный и активно избегают самопознания. Смутное осознание поверхностного характера своих чувств может также приводить к уклонению от истинной близости с другим человеком из-за страха быть «раскрытым». Так как они уделяют мало внимания собственным внутренним ресурсам, они понятия не имеют, как реагировать, когда в отношениях требуется некоторая глубина. Таким образом, их отношения имеют тенденцию быть пустыми и поверхностными.

Фокус на внешнем и драматическом может приводить к характерному стилю мышления, описанному Шапиро (Shapiro, 1965). Мышление гистрионного пациента рассматривается как импрессионистичное, живое и интересное, но лишенное деталей и сосредоточенности. По-видимому, это является результатом не только недостатка интроспекции у гистрионных пациентов, но также факта, что они просто не уделяют первостепенного внимания деталям и специфическим особенностям. Если на что-то не обращать внимания, это нельзя и запомнить; таким образом воспоминания гистрионных пациентов о событиях остаются обобщенными и расплывчатыми. Это приводит к дефициту в знании определенных деталей и фактов, который, наряду с недостатком опыта в систематическом решении проблем, может привести к серьезным трудностям в проблемных ситуациях. Неспособность эффективно справляться с трудностями лишь усиливает убеждение гистрионных пациентов, что они неспособны жить самостоятельно и должны полагаться на других.

Их неопределенный когнитивный стиль ведет к импрессионистичному, а не основанному на определенных характеристиках и достижениях чувству себя. Если человек не рассматривает собственные действия и чувства достаточно детально, трудно поддерживать реалистичное представление о себе. Кроме того, так как в когнитивной теории утверждается, что мысли оказывают сильное влияние на эмоции, из этого следует, что общие, преувеличенные мысли должны приводить к общим, преувеличенным эмоциям. Эти общие эмоции могут быть очень интенсивными и лабильными, поэтому гистрионные пациенты охвачены эмоциями, даже если не чувствуют, что эти эмоции полностью связаны с ними. Без сложной когнитивной интеграции эти недифференцированные эмоции может быть очень трудно контролировать, что приводит к эмоциональным вспышкам.

Характерный стиль мышления гистрионного пациента ведет к нескольким когнитивным искажениям, выделенным Беком (Beck, 1976). Так как эти пациенты довольно впечатлительны и не склонны к размышлениям, они особенно подвержены дихотомическому мышлению. Они реагируют интенсивно и неожиданно, поспешно делая крайне позитивные или крайне негативные выводы. Так, один человек сразу оценивается как замечательный, в то время как кто-то другой — как совершенно ужасный. Поскольку гистрионные пациенты так сильно переживают свои эмоции и уделяют недостаточно внимания деталям и логике, они также склонны к чрезмерному обобщению. Если однажды их отвергают, они драматично заключают, что их всегда отвергали и будут отвергать. Но в отличие от депрессивных пациентов они также могут давать крайне положительные оценки людей и отношений и могут легко бросаться из крайности в крайность. Так как они неспособны критически относиться к своим реакциям, они также подвержены эмоциональным суждениям, рассматривая свои эмоции как критерий истины. Так, гистрионные люди склонны предполагать, что если они чувствуют себя неадекватными — они неадекватны, а если они чувствуют себя глупыми — они глупы.

Подходы к лечению

О лечении истерии с поведенческой точки зрения было написано немного, и большинство поведенческих исследований ограничивались лечением конверсионной истерии и соматизации (см.

резюме в книге: Bird, 1979). Еще меньше работ посвящены поведенческой психотерапии пациентов с ГРЛ. Касс, Силверз и Абрамс (Kass, Silvers, & Abrams, 1972) описывают групповую поведенческую психотерапию в условиях стационара у пяти женщин, у которых была диагностирована (на основе собственных критериев авторов) истерическая личность. Четыре из пяти поступили из кризисного стационара, куда они попали после попытки самоубийства. Члены группы самостоятельно определяли истерическое поведение друг у друга (которое было операционально определено), повседневные действия, которые с наибольшей вероятностью могли вызвать дезадаптивное поведение каждого человека, и (в зависимости от обстоятельств) награды или наказания, согласованные ранее. Конкретные методы психотерапии включали позитивную и негативную обратную связь, тренинг ассертивности, десенсибилизацию и управление непредвиденными обстоятельствами. Авторы утверждают, что сначала дезадаптивное поведение каждой пациентки усилилось, затем в течение программы достигло максимума и впоследствии частота его проявления уменьшилась. Никакой контрольной группы не было, и хотя авторы сообщают, что применяли многочисленные критерии прогресса, в опубликованной работе ни об одном из них не сообщается. Указано только, что все пациентки, кроме одной, на момент выписки чувствовали себя хорошо, обнаруживали симптоматическое улучшение и более адаптивные поведенческие реакции в конце лечения и спустя 18 месяцев после него, но в подтверждение этих заявлений не приводится никаких данных.

Аналогично Вулсон и Суонсон (Woolson & Swanson, 1972) представили подход к лечению четырех «истеричных женщин» (диагностированных согласно собственным критериям авторов), который был прежде всего психодинамическим по своей природе, но также включал и некоторые поведенческие компоненты. Для обучения пациенток эмпатическим формам поведения использовались диаграммы и графы, пациенток учили выборочно давать подкрепление значимым другим, чтобы улучшить их межличностные отношения. Авторы сообщают, что у всех четырех пациенток отмечался существенный прогресс в достижении поставленных целей за четыре месяца психотерапии; тем не менее здесь не говорится о каких-либо объективных критериях. Таким образом, в двух исследованиях по меньшей мере с частичным использованием поведенческих методов сообщается о довольно позитивных результатах лечения пациентов, обычно считающихся трудноизлечимыми.

Описанные выше подходы сосредоточены на изменении поведения гистрионных пациентов в межличностных отношениях; но представленная ранее когнитивная модель ГРЛ предполагает, что важной целью психотерапии также является помощь пациенту в переходе от общего, импрессионистичного стиля мышления к более систематическому, сосредоточенному на решении проблем. Уже говорилось о том, что мы должны «учить истериков думать, а пациентов с навязчивыми мыслями — чувствовать» (Alien, 1977, p. 317). Поскольку характерный стиль мышления пациентов с ГРЛ во многих отношениях очевидно дисфункционален, когнитивную психотерапию можно было бы рассматривать как особенно подходящий способ лечения. Однако сама природа дисфункционального стиля мышления гистрионного пациента подразумевает, что он приходит на сессию с подходом к жизни, диаметрально противоположным систематической, структурной природе когнитивной психотерапии.

С такими различными основными стилями и психотерапевт, и пациент могут поначалу находить когнитивную психотерапию весьма трудной и фрустрирующей; если этот конфликт в стилях может быть постепенно решен, когнитивные изменения как результат психотерапии могут быть особенно полезны для пациента. Основная трудность в когнитивной психотерапии с гистрионным пациентом состоит в том, чтобы психотерапевт поддерживал неизменные, последовательные усилия и был достаточно гибким, чтобы заставить пациентов постепенно принять подход, который так несвойственен им поначалу. Когнитивная психотерапия предлагает гистрионному пациенту полностью новый подход к восприятию и переработке опыта. Таким образом, навыки, приобретенные просто в результате знакомства с процессом когнитивной психотерапии, могут стать наиболее существенной частью лечения.

Очевидно, в ходе работы с определенными проблемными ситуациями может быть полезен весь диапазон когнитивно-поведенческих методов (см.: Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979). В зависимости от целей пациента может быть полезно использовать разные методы, включая точное определение автоматических мыслей и работу с ними, поведенческие эксперименты для проверки мыслей, планирование деятельности, обучение релаксации и решению проблем, а также тренинг ассертивности. Представленная выше трактовка ГРЛ предполагает, что основные допущения «Я неадекватен и неспособен жить самостоятельно» и «Необходимо быть любимым (всеми, все время)» должны быть пересмотрены, чтобы добиться изменений, которые надолго сохранятся после завершения лечения.

Отношения между психотерапевтом и пациентом

По крайней мере в начале психотерапии пациент, вероятно, рассматривает психотерапевта как всесильного спасителя, который улучшит его жизнь, поэтому чем более активную роль в лечении нужно исполнять пациенту, тем меньше поддерживается этот образ. Учитывая склонность гистрионного пациента играть зависимую роль в отношениях, особенно важно последовательно сотрудничать с пациентом и использовать направляемое открытие. Всякий раз, когда пациент просит психотерапевта о помощи, тот должен не поддаваться искушению (иногда сильному) играть роль спасителя, а с помощью вопросов способствовать самостоятельному решению пациентом его проблем.

Излишне доверчивого психотерапевта можно легко заставить взять на себя роль «спасителя», считающего себя ответственным за то, что пациент не стремится к изменениям, и выполняющего слишком многие требования. Это может привести к возникновению у психотерапевта чувства, что им управляют, а также раздражают и обманывают его. Психотерапевт, который очень хочет быть полезным другим, может непреднамеренно подогревать чувства беспомощности у пациента с ГРЛ и оказаться вовлеченным в воспроизведение обычного для пациента типа отношений. Когда психотерапевт осознает наличие у себя сильных эмоциональных реакций на пациента и совершенное пренебрежение подкреплением только уверенных и компетентных ответов, он должен проверить свои собственные когнитивные структуры и чувства. Адаптация процедур когнитивной психотерапии для их использования психотерапевтом по отношению к самому себе может быть полезна в осознании непоследовательного поведения, которое может мешать процессу лечения.

Например, психотерапевт Дебби обнаружил у себя смешанные чувства по отношению к ней. С одной стороны, он находил ее весьма приятной и мог понимать, как интересно было бы подружиться с ней. Как психотерапевт, однако, он испытывал в связи с ней значительную фрустрацию. Например, когда он пытался исследовать ее мысли и чувства перед приступом паники или во время его, он снова и снова слышал лишь повторения поверхностной мысли «Я упаду в обморок». Он чувствовал тщетность своих усилий и фрустрацию и был готов все бросить и сдаться. К нему приходили мысли типа «Зачем беспокоиться об этом? До нее ничего не доходит. Это бессмысленно. В любом случае ничего не изменится». В таких ситуациях он был вынужден сопротивляться некоторым из этих мыслей, думая: «Я не могу быть уверен в результате того, что мы делаем. Ей становится лучше, так что дело действительно движется. Это просто вызов. Я лишь должен продолжать помогать ей понимать происходящие события, так как их смысл непонятен ей».

Поскольку люди, имеющие диагноз ГРЛ, ранее вознаграждались за крайнюю эмоциональность и манипуляцию, важно подкреплять их компетентность и внимание к деталям на психотерапевтических сессиях. Обучение этих людей тому, что внимание к деталям и уверенность в себе могут повышать эффективность сессий, — первый шаг к пониманию полезности уверенности в себе и активного решения проблем. Таким образом, для психотерапевта важно избежать следования паттернам многочисленных предыдущих отношений пациента. Это может быть довольно трудно даже для опытного психотерапевта, поскольку стиль гистрионного пациента может быть очень привлекателен и драматизация переживаний может быть довольно захватывающей, интересной и забавной. Для психотерапевта крайне важно не быть увлеченным драматической трактовкой пациентом своих переживаний и осознавать попытки манипуляции на психотерапии, чтобы установить четкие границы.

Дебби в течение нескольких месяцев стремилась добиться особых условий оплаты, время от времени пытаясь идти «через голову» психотерапевта, контактируя с администраторами больницы и решая определенные «вопросы» без ведома психотерапевта. К счастью, все такие попытки становились известны психотерапевту, поэтому он мог ясно и неоднократно подтверждать те же самые условия оплаты для Дебби, что и для других пациентов. Когда она рассматривала отказ выполнить ее просьбы как отвержение, ее чувства обсуждались, но не делалось никаких исключений по условиям оплаты. Она проверяла пределы допустимого, настаивая, что будет вынуждена делать недельные пропуски в сессиях, потому что не может позволить себе лечение, и была удивлена и рассержена, когда психотерапевт согласился на это, вместо того чтобы сделать ей исключение. После того как некоторое время психотерапия проходила раз в две недели, а добиться изменений в оплате не удалось, Дебби вернулась к еженедельным сессиям. Позже в ходе лечения, когда ее доход действительно изменился и она решительно подняла этот вопрос в беседе с психотерапевтом, ее уверенность в себе была вознаграждена и было сделано соответствующее изменение размера оплаты.

Отдельные когнитивные и поведенческие методы

Еще до начала когнитивной психотерапии человек с ГРЛ должен научиться сосредоточивать внимание на одной проблеме, не отвлекаясь на другие. Выбор темы сессии — это превосходная возможность начать учиться сосредоточивать внимание. Естественная тенденция гистрионного пациента состоит в том, чтобы большую часть сессии тратить на волнующие рассказы обо всех

возбуждающих и травмирующих событиях, произошедших за неделю. Вместо того чтобы бороться с этой тенденцией, может быть важно отвести для этой цели часть каждой сессии. Таким образом, одним из пунктов плана сессии может быть рассмотрение того, что произошло в течение недели (в жестких временных рамках), чтобы психотерапевт чувствовал, что он помогает пациенту, а пациент — что его понимают; тогда остальная часть сессии может быть потрачена на работу по достижению поставленных целей.

Одна из самых больших проблем при лечении пациентов с ГРЛ заключается в том, что обычно они не продолжают лечения достаточно долго, чтобы можно было добиться существенных изменений. Как и в других действиях и отношениях, им свойственно терять интерес и переходить к чему-либо более захватывающему. Один из способов удержать гистрионных пациентов состоит в постановке целей, которые являются действительно значимыми и важными для них, что дает возможность получения как краткосрочной, так и долговременной выгоды. Они склонны ставить перед собой общие, неопределенные цели, которые соответствуют их представлению о том, что ожидают от пациента на психотерапии, но эти цели не кажутся особенно искренними. Важно, чтобы цели были определенными и конкретными.

Психотерапевт может помочь пациентам операционализировать их цели, задавая вопросы типа «Как вы поймете, что достигли цели?», «Что выглядело бы и чувствовалось бы иначе и как именно?» и «Почему именно вы хотели бы достичь этой цели?» Может быть полезным предложить пациентам пофантазировать на сессии о том, с какими чувствами было бы связано изменение в их жизни, чтобы помочь им объединить их мысли в предварительной модели того, кем они хотели бы стать. Как только цели поставлены, их можно использовать для помощи пациенту в обучении сосредоточенности на сессии. Когда пациент отклоняется от темы или углубляется в мельчайшие подробности какой-либо посторонней темы, психотерапевт может мягко, но настойчиво спросить, как это связано с целью, которую они согласились обсуждать.

Дебби первоначально пришла на лечение с самыми практическими целями, состоящими в том, что она хотела вернуться на работу, водить машину одна и оставаться одна в своей квартире. Но она стала относиться к лечению с бóльшим энтузиазмом, когда цели были расширены и включали в себя способность справляться с ситуациями, сулящими немедленную выгоду. Работа с таким целями, как поход в торговый центр («особенно чтобы купить туфли!»), посещение рок-концертов, ресторанов и церкви (так как она считала себя новообращенной христианкой), дольше поддерживала ее интерес, чем более практические цели. Одним из источников наиболее сильной мотивации для Дебби была возможность слетать в экзотическую поездку во время отпуска. Это была настолько привлекательная для нее цель, что за короткий период перед поездкой она добилась бóльших успехов в лечении, чем за любой другой период психотерапии.

После начальных стадий лечения фактические вмешательства будут до некоторой степени зависеть от конкретной формулировки пациентом проблемы и целей. Важно обращать внимание на каждый из различных элементов когнитивной интерпретации ГРЛ, чтобы добиться длительных изменений во всем синдроме.

Так как проблемы гистрионных пациентов усилены общим, импрессионистичным стилем мышления (который включает в себя неспособность сосредоточиться на деталях), обучение их слежению за мыслями и точному определению мыслей будет важной частью лечения, независимо от предъявленной проблемы. При обучении этих пациентов слежению за своими мыслями с помощью «Записи дисфункциональных мыслей» (ЗДМ), вероятно, нужно будет потратить много времени на определение событий, мыслей и чувств в первых трех колонках. Хотя многие пациенты с другими типами расстройств могут быть способны идти домой и следить за своими мыслями после простого объяснения и демонстрации на сессии, нереалистично ожидать этого от гистрионных пациентов. Более вероятно, что они забудут цель, ради которой нужно следить за автоматическими мыслями, и вместо этого принесут длинное и подробное описание того, что случилось с ними в течение недели. Психотерапевт должен поощрять все их попытки выполнить домашнее задание, но, вероятно, нужно будет несколько раз объяснить суть ЗДМ, прежде чем пациенты поймут и запомнят, что цель выполнения этого задания состоит не в простом общении с психотерапевтом, а в умении выявлять и пересматривать мысли для изменения эмоций. Некоторые гистрионные пациенты ощущают настоятельную потребность сообщить психотерапевту все свои мысли и чувства. В таком случае им можно предложить записать их в свободной форме *в дополнение* к ЗДМ (но не в качестве замены).

Процесс выявления мыслей и чувств — первый шаг к постепенным изменениям в проблематичном стиле мышления гистрионных пациентов, но он также выполняет функцию сосредоточения внимания на их эмоциях, желаниях и предпочтениях. ЗДМ может использоваться и для помощи пациентам пересмотреть любую из дисфункциональных мыслей, точно определить когнитивные искажения и изменить их. ЗДМ может оказаться особенно полезной для обучения

пациентов умению отличить действительность от их крайних фантазий, а также делать более точные атрибуции относительно причин и следствий.

Дебби объясняла любое небольшое изменение в своем физическом состоянии ужасной болезнью, немедленно делала вывод, что у нее рак или СПИД, и собиралась умирать. Ей было безразлично, начиналось ли у нее головокружение и ей становилось тяжело дышать, потому что помещение было набито людьми и в нем было жарко или потому что у нее был приступ паники. Какой бы ни была фактическая причина ее головокружения, она немедленно делала вывод, что упадет в обморок или умрет. Обучая ее останавливаться и исследовать возможные альтернативные причины ее соматических симптомов, удалось помочь ей сделать большее количество соответствующих каузальных атрибуций и разорвать замкнутый круг паники.

Так как идея записи дома своих мыслей, вероятно, покажется гистрионным пациентам скучной и унылой, возможно, на психотерапевтических сессиях следует потратить дополнительное время, чтобы убедить их в полезности этого подхода. Вместо того чтобы бороться с демонстративностью гистрионного пациента, психотерапевт может использовать яркое воображение гистрионных пациентов при пересмотре дисфункциональных мыслей. Например, пациентов можно поощрять более эффектно описывать свои рациональные реакции, чтобы сделать эти реакции более привлекательными и яркими, чем автоматические мысли. Так как гистрионные пациенты имеют развитое воображение, их когнитивные структуры часто принимают форму образов, а не вербально выраженных мыслей, поэтому также можно поощрять модификацию образов. Драматические типы работы с автоматическими мыслями вербальным способом (например, экстернализация голосов, когда психотерапевт играет роль автоматических мыслей пациента, а пациент играет роль более адаптивных реакций), весьма эффективны в работе с гистрионными пациентами.

Психотерапевт Дебби обнаружил, что она была более внимательной, если, давая ей домашнее задание, он использовал характерные для Дебби выразительные слова. В результате его задания звучали необычно («Встреча с занудой» вместо привычного «Встреча с начальником»). Дебби нашла экстернализацию голосов эффектным и поэтому мощным методом рационального реагирования на мысли. После драматической экстернализации голосов на сессии она могла работать с автоматическими мыслями в письменной форме.

Другим мощным методом пересмотра автоматических мыслей может быть использование драматических поведенческих экспериментов. Например, каждый раз, когда Дебби чувствовала головокружение, к ней приходили мысли типа «Сейчас я упаду в обморок и буду выглядеть как полная дура». Для работы с этими мыслями было важно получить доступ к интероцептивным признакам головокружения, что могло быть сделано драматическим способом в процессе групповой психотерапии.

Психотерапевт: Дебби, похоже, что основной симптом, который вас пугает, — головокружение.

Дебби: Да, я ненавижу его. Оно ужасно, не так ли?

Психотерапевт: Да, я знаю, как вы на него реагируете. Но я все время думаю: а что, если вы убедили себя в том, что это ужасно, а на самом деле это просто неприятно? Вы можете сказать, что делает чувство головокружения ужасным?

Дебби: Еще бы не ужасно: я потеряю сознание и поставлю себя в неудобное положение!

Психотерапевт: Итак, вы полагаете, что если у вас закружится голова, вы потеряете сознание. И если вы действительно потеряете сознание, что вас в этом пугает?

Дебби: Я просто вижу, как я поднимаюсь и теряю сознание снова и снова, и так бесконечно.

Психотерапевт: Вы представляете, что это происходит непрерывно? Как долго?

Дебби: Бесконечно, как будто я никогда не избавлюсь от этого. *(Смеется.)*

Психотерапевт: Вы смеетесь, когда говорите об этом. Вы сомневаетесь в вашем предсказании?

Дебби: Ну, я понимаю, что это звучит немного глупо, но я именно это чувствую в таких случаях.

Психотерапевт: Итак, вы делаете предсказание на основе ваших чувств. И сколько раз у вас было головокружение?

Дебби: О, тысячи раз, да ведь я все время об этом говорю.

Психотерапевт: И в скольких случаях из этих тысяч раз вы действительно падали в обморок?

Дебби: Ни разу. Но это только потому, что я борюсь с головокружением. Я уверена, что если бы я не боролась с ним, я бы упала в обморок.

Психотерапевт: Именно это мы и должны проверить. Насколько я понимаю, проблема не в головокружении самом по себе, а в страхе, который вы с ним связываете. Чем больше вы принимаете свое головокружение и чем меньше рассматриваете как катастрофу, тем меньше вашей жизнью будет управлять агорафобия. Так что наша с вами работа направлена на то, чтобы вы лучше переносили головокружение. В этом есть смысл?

Дебби: Да, я полагаю, в этом есть смысл. Но я не понимаю, как это сделать. Мы говорим об этом, но это кажется мне таким же страшным.

Психотерапевт: Правильно, потому что вам нужны доказательства того, что из-за головокружения ничего страшного с вами не случится. Вам нужно намеренно подвергнуть себя головокружению, вместо того чтобы оно неожиданно поражало вас. Проведем эксперимент?

Дебби: Если вы не собираетесь заставить меня делать какие-нибудь глупости.

Психотерапевт: Вы согласны со всем, что я сказал?

Дебби: Кажется, да.

Психотерапевт: Тогда наше упражнение будет иметь смысл. Я хочу, чтобы вы встали в центр группы и кружились, пока у вас не закружится голова.

Дебби: Я не хочу этого делать.

Психотерапевт: Смотрите, я продемонстрирую. *(Психотерапевт встает и несколько раз кружится вокруг себя.)* Вот примерно так. У меня быстро закружилась голова. Я часто делал это, когда был ребенком. А вы?

Дебби: Да. Но сейчас все по-другому. Тогда это было весело, а теперь это меня пугает.

Психотерапевт: Если вы не хотите кружиться до головокружения, может, вы просто попробуете несколько раз обернуться вокруг себя?

Дебби: Пару раз я обернусь. Не больше.

Психотерапевт: Прекрасно!

Дебби *(неохотно встает и очень неуверенно оборачивается вокруг себя два раза):* Терпеть не могу это чувство!

Психотерапевт: Тем более нужно это делать. Когда вы прямо сталкиваетесь с этим чувством, а не пытаетесь избежать его, я надеюсь, в конце концов вы сможете принимать его спокойнее. Что вы обнаружили?

Дебби: Я не упала в обморок. Но это, наверное, только потому, что я знаю, что я в больнице, и мне могут сразу оказать помощь. *(Смеется.)*

Психотерапевт: Именно поэтому я собираюсь попросить вас ежедневно кружиться вокруг себя, сначала дома, чтобы вы испытывали головокружение в привычной обстановке. Затем на следующей группе мы посмотрим, можете ли вы кружиться немного дольше.

Дебби: Вы хотите сказать, что мне снова придется это сделать?

Психотерапевт: Я думаю, что это самый быстрый способ решить вашу проблему. Ваша нерешительность подтверждает, что мы на правильном пути. Но мы будем работать в таком темпе, который устроит вас.

Дебби: По-моему, это безумие, но в нем что-то есть!

Другое преимущество обучения гистрионных пациентов точному определению автоматических мыслей состоит в том, что процесс слежения за мыслями может использоваться, чтобы помочь пациентам научиться контролировать свою импульсивность. Пока они автоматически реагируют в эмоциональной, манипулятивной манере, пытаясь привлечь к себе внимание, очень трудно добиться каких-либо изменений в их поведении. Если они смогут научиться сдерживать реакцию достаточно долго, чтобы записать свои мысли, это будет важным шагом к укреплению самообладания. Таким образом, еще до того, как они научатся эффективно пересматривать свои когнитивные структуры, простое выявление этих структур может уменьшить импульсивность.

Один из когнитивных методов, ценных для развития копинг-навыков человека с ГРЛ, — составление списка преимуществ и недостатков. Эту технику лучше всего вводить в начале лечения, как только пациент начинает сопротивляться сосредоточению на совместно выбранной теме. Если психотерапевт просто пытается настаивать, чтобы пациент старался сфокусироваться на цели, это может привести к силовой борьбе, и пациент решит, что психотерапевт «неприятный» и «ничего не понимает». С другой стороны, если психотерапевт последовательно указывает на то, что пациент сам должен выбирать, как потратить время психотерапии, но сосредоточение на цели увеличит вероятность ее достижения, пациент сможет сам принять решение. Каким бы ни было это решение, у пациента создается впечатление, что оно исходит от него самого, а не от психотерапевта. Помогая пациенту делать сознательный выбор на психотерапевтической сессии через рассмотрение «за» и «против» различных вариантов действий, мы создаем основу для обучения такому выбору и активного решения проблем в повседневной жизни.

Хотя Дебби внесла в список в качестве одной из исходных целей «способность оставаться одной в своей квартире», она, похоже, никогда не выполняла домашние задания, предполагающие нахождение одной в своей квартире даже небольшое время (например, пять минут). Вместо того чтобы пытаться стимулировать ее согласие, психотерапевт поднял вопрос о том, действительно ли Дебби хотела работать над достижением этой цели. Составление списка преимуществ и недостатков жизни в доме матери по сравнению с жизнью в собственной квартире помогло ей понять, что она действительно не хотела достичь этой цели (см. табл. 10.2). После того как она сама пришла к такому решению, она

начала выполнять домашние задания более последовательно.

Таблица 10.2. Анализ, сделанный Дебби: «за» и «против» жизни в собственной квартире

В дополнение к указанным когнитивным стратегиям эти пациенты также могут улучшить свою способность преодолевать трудности через обучение определенным навыкам решения проблем. Так как они редко осознают предполагаемые последствия своих действий, им полезно научиться так называемому «мышлению в понятиях средств и целей» (Spivack & Shure, 1974). Этот прием состоит в обучении пациента выработке различных решений существующей проблемы (средства) и точной оценке последствий различных выборов (цели).

Лечение пациентов с ГРЛ редко бывает полноценным без внимания к их проблематичным межличностным отношениям. Эти люди так обеспокоены тем, чтобы другие проявляли к ним внимание и любили их, что стараются доминировать в отношениях (чтобы избавиться от страха отвержения). Методы, которые они чаще всего используют, чтобы манипулировать отношениями, включают провоцирование эмоциональных кризисов и ревности, использование своего обаяния и привлекательности, отказ от половой близости, придирки, ругань и жалобы. Хотя эти формы поведения могут быть достаточно эффективными, в конечном итоге они сильно ухудшают отношения (но пациенты, думающие только о сиюминутной выгоде, этого не понимают).

Работы с текущими мыслями пациентов может оказаться недостаточно, так как эти люди часто используют эмоциональные вспышки как средство манипуляции. Так, если у женщины с ГРЛ начинается истерика из-за того, что ее муж поздно пришел домой, ее непосредственные мысли могут быть следующими: «Как он может так поступать со мной? Он больше не любит меня! Я умру, если он бросит меня!» Однако в результате этой вспышки раздражения она может услышать признания в его вечной любви к ней, которые соответствуют ее желанию быть уверенной в своих отношениях с мужем. Таким образом, в дополнение к пересмотру ее мыслей во время эмоционального расстройства она также должна научиться задавать себе вопрос: «Чего я на самом деле сейчас хочу?» — и искать альтернативные способы достижения своей цели.

Как только пациенты научатся приостанавливать свою реакцию и определять, чего именно они хотят в данной ситуации (для гистрионных пациентов в большинстве случаев это поддержка и внимание), они могут применять свои навыки решения проблем, исследуя различные методы достижения цели и рассматривая преимущества и недостатки каждого из них. Так, вместо того чтобы автоматически устраивать истерику, они встают перед выбором между истерикой и другими вариантами. Психотерапевт не просит их делать долговременные изменения в поведении (например, полностью прекратить истерики), предлагает им провести кратковременные поведенческие эксперименты, чтобы проверить, какие методы более эффективны и вызывают меньше долгосрочных издержек. Это помогает пациентам осваивать новые формы поведения.

Когда пациент научится рассматривать разные способы достижения цели, психотерапевт должен предложить ему новый метод: тренинг ассертивности. При работе с гистрионными пациентами этот метод включает в себя больше, чем просто обучение более ясному выражению своих желаний. Прежде чем высказать свои желания, такие пациенты должны научиться выявлять эти желания и браться за их осуществление. Потратив столько времени на мысли о том, как привлечь к себе внимание и добиться любви, эти пациенты забыли, чего они хотят на самом деле, и у них практически отсутствует чувство собственной идентичности. Таким образом, эффективный тренинг ассертивности с гистрионными пациентами включает в себя использование когнитивных методов, чтобы помочь им обратить внимание на то, чего они хотят, и начать развивать чувство идентичности в дополнение к поведенческим методам обучения адаптивному общению.

Например, на одной групповой психотерапевтической сессии ведущий группы предложил Дебби взять трудное домашнее задание. Она согласилась, но затем пропустила следующую групповую сессию, а еще на следующей сидела, надув губы. Когда другой член группы попросил ее объяснить свое поведение, она сильно встревожилась и пережила настоящий приступ паники. Сначала она была неспособна точно определить свои мысли и чувства и лишь сообщила о сильном нежелании находиться в группе. Однако затем она смогла идентифицировать свои мысли и уверенно сообщила ведущему, что, по ее мнению, он был слишком настойчив с ней и дал ей слишком трудное домашнее задание. После этого другие члены группы и ведущий похвалили Дебби за уверенность в себе, и она сделала вывод, что это стоило того, чтобы вытерпеть тревогу.

Понятие идентичности (или «чувства себя»), вероятно, является источником многих дисфункциональных мыслей для гистрионных пациентов. Они склонны рассматривать идентичность как нечто большое и волшебное, что есть у всех, кроме них. Когда им предлагают исследовать собственное «чувство себя», они бывают ошеломлены и склонны рассматривать идентичность как то,

что человек либо имеет, либо не имеет. Как только пациенты начинают использовать некоторые из обсуждавшихся выше когнитивных методов, они уже уделяют какое-то внимание своим эмоциям, желаниям и предпочтениям, но не могут рассматривать их как составные части идентичности. На этом этапе им полезно просто описать все, что каждый из них о себе знает. Психотерапевт и пациент начинают работу над таким списком на сессиях и сперва вносят туда простые, конкретные сведения: любимый цвет, любимое блюдо и т. п. Затем работа над этим списком становится постоянной частью домашнего задания, и каждый раз, когда пациент на сессии выносит какое-то суждение о себе (например, «Я не люблю, когда меня заставляют ждать»), психотерапевт может обратить на него внимание пациента и предложить внести его в список.

В дополнение к работе по улучшению межличностных отношений важно также, чтобы эти пациенты в конечном счете пересмотрели убеждение, что разрыв отношений приводит к губительным последствиям. Даже если их отношения с людьми улучшаются, до тех пор пока они полагают, что не смогут выжить, если разорвут отношения, им будет сложно подвергать себя риску, проявляя уверенность в себе. Пациент может научиться принимать отвержение двумя способами: представлять себе то, что может случиться, если отношения прервутся, и вспоминать, как он жил до этих отношений. Еще один полезный метод состоит в том, чтобы проектировать поведенческие эксперименты, которые заранее предполагают маленькие «отвержения» (например, с незнакомыми людьми), чтобы пациент мог фактически испытать отвержение без чувства опустошенности.

Разумеется, пациенты должны учиться пересматривать свое основное допущение: «Я неадекватен и должен положиться на других, чтобы остаться в живых». Многие из обсужденных выше процедур (включая тренинг ассертивности, решение проблем и поведенческие эксперименты) применяются, чтобы увеличить способность пациентов преодолевать трудности и, таким образом, повысить их собственную эффективность и помочь им обрести чувство компетентности. Учитывая проблемы этих пациентов в области логического мышления, важно систематически указывать им, как каждая выполняемая ими задача способствует пересмотру идеи о том, что они не могут быть компетентны. Также полезно проводить маленькие, конкретные поведенческие эксперименты, разработанные с целью проверки мысли о том, что они ничего не могут делать самостоятельно.

Даже пациенты, которые начинают понимать преимущества более ясного мышления и уверенности в себе, могут бояться того, что, если они научатся быть более «разумными», они потеряют вкус к жизни и станут неинтересными людьми. Гистрионные пациенты могут быть живыми, энергичными и веселыми в общении и рискуют многое потерять, если полностью откажутся от своей эмоциональности. Поэтому в процессе лечения важно разъяснить им, что цель состоит не в том, чтобы устранить эмоции, а в том, чтобы использовать их более конструктивно. Фактически психотерапевт может поощрять адаптивное использование в процессе лечения яркого воображения пациентов и их способности к драматизации, помогая им использовать драматические и убедительные средства для пересмотра автоматических мыслей. Могут поощряться и другие конструктивные средства поиска новых ощущений, включая участие в инсценировках, спортивных соревнованиях, а также чтение, просмотр кинофильмов и телепрограмм. Для Дебби конструктивным способом поиска новых ощущений стало обращение к религии.

Пациентам, которые не хотят расставаться со своей эмоциональной травмой и настаивают, что у них нет выбора и им не уйти от депрессии, полезно помочь установить по крайней мере какой-нибудь контроль путем обучения «планированию травмы». Пациенты могут каждый день (или каждую неделю) выбирать определенное время, когда они будут предаваться своим чувствам (депрессии, гневу, вспышкам раздражения и т. д.). Вместо того чтобы всякий раз оказываться застигнутым врасплох, когда возникают такие чувства, они учатся откладывать эти чувства на удобное время и удерживать их в установленных временных рамках. Часто это приводит к парадоксальному результату. Когда пациенты узнаЮт, что действительно способны «спланировать депрессию» и придерживаться установленных сроков, не позволяя чувствам мешать им жить, они редко испытывают потребность регулярно назначать такое время.

Так как для гистрионного пациента чрезвычайно важно получать одобрение и внимание от других, особо эффективным способом лечения является групповая структурная когнитивная психотерапия. Касс и коллеги (Kass et al., 1972) продемонстрировали, что члены группы могут быть полезны для укрепления уверенности в себе и исчезновения дисфункциональных, чрезмерно эмоциональных реакций.

Например, бóльшая часть лечения Дебби проходила в группе больных агорафобией. Как наиболее гистрионный участник группы она быстро оказалась в роли лидера. С помощью Дебби члены группы время от времени поддерживали друг друга аплодисментами при выполнении особенно трудных заданий. Группа дала Дебби идеальную возможность работать над развитием уверенности в себе и удовлетворять потребность развлекать и радовать группу. Например, на одной сессии Дебби пошутила,

не получив ожидаемого ответа. На следующей сессии члены группы решили, что хотят потратить некоторое время на обсуждение уверенности в себе. Дебби сказала на это: «Ну, раз мы говорим об уверенности в себе, я хочу рассказать, как я чувствовала себя на прошлой сессии». Она была способна точно определить такие мысли, как «Я сказала что-то смешное, поэтому теперь они прогонят меня», «Я сделала что-то неправильно» и «Люди хотят, чтобы я стала другой». При обсуждении этих мыслей она смогла понять, что была особенно обеспокоена тем, как реагирует мужчина — ведущий группы. Это обсуждение и пересмотр таких мыслей привели к тому, что следующие несколько сессий Дебби пыталась понять, чего именно она хотела и что для нее лучше, независимо от мнения других, в том числе наделенных властью, людей.

Для пациентов, которые в настоящее время вовлечены в значимые отношения, также полезна психотерапия семейных пар. При лечении пары обоим супругам можно помочь осознать паттерны в их отношениях и то, как каждый из супругов способствует сохранению этих паттернов.

Выводы

Эффективность когнитивной психотерапии при лечении ГРЛ еще не установлена опытным путем. При отсутствии контролируемых эмпирических данных единственный доступный источник информации — клинические сообщения. Описанное выше исследование Касса и коллег (Kass et al., 1972) вселяет некоторые надежды, но оно является лишь описанием случая, при котором используются оригинальные диагностические критерии, которые не соответствуют таковым в *DSM*. Не так давно несколько коллег использовали когнитивную психотерапию с разными гистрионными пациентами и сообщили, что лечение оказалось эффективным и привело к меньшей фрустрации психотерапевта и пациента, чем более традиционные подходы к лечению. Как и при когнитивной психотерапии большинства расстройств личности, лечение имеет тенденцию быть более длительным, чем при диагнозах Оси I.

Например, Дебби наблюдалась в течение 101 сессии на протяжении трех лет. Когда она начала психотерапию, она была неспособна работать из-за агорафобии и имела оценку 24 по Опроснику депрессии Бека. После шести сессий она снова начала работать, и ее оценка по Опроснику депрессии Бека понизилась до 11 (в пределах нормального диапазона). Хотя она показала быстрое симптоматическое улучшение на ранних стадиях психотерапии, потребовалось намного больше времени, чтобы добиться длительных изменений не только в ее агорафобии и депрессии, но и ГРЛ. Спустя два года после того, как она закончила психотерапию, Дебби сообщила, что у нее не возникала агорафобия или серьезная депрессия, несмотря на то что ей пришлось пережить несколько больших кризисов: разрыв отношений, усыпление собаки (которая была ее любимым другом) и серьезная болезнь бабушки. Когда она преодолевала эти серьезные стрессы, по ее словам, она непрерывно говорила себе: «Если я справилась с фобией, я смогу справиться с чем угодно». Она прервала проблематичные отношения и помолвилась с человеком, который, как она сообщила, был устроенным в жизни, зрелым и обращался с ней хорошо. Она сообщила, что впервые в жизни у нее есть прочные отношения с мужчиной и хороший секс.

Хотя 101 сессию в течение трех лет едва ли можно назвать краткосрочной психотерапией, нужно заметить, что в дополнение к ГРЛ Дебби лечилась от агорафобии и периодически повторяющейся депрессии. Несмотря на то что улучшение симптомов заболеваний Оси I может быть достигнуто и за более короткий период, по нашему опыту, для изменения только лишь характеристик ГРЛ часто требуется от одного года до трех лет. Очевидно, неконтролируемые сообщения об отдельных случаях имеют ограниченную полезность. Имеется острая необходимость в эмпирическом исследовании, чтобы доказать эффективность данного лечения с этой популяцией, определить необходимые компоненты лечения и в конечном счете определить, какие типы пациентов наиболее соответствуют тем или иным вариантам лечения.

Глава 11.
Нарциссическое расстройство личности

Новый пациент, Дэвид, пришел на психотерапию по причине, которая сначала звучала как нарушение адаптации или легкий депрессивный эпизод. В ходе начальных интервью Дэвид испытывал значительное чувство вины и враждебности к своей жене, а также большое желание разобраться с ней и поставить ее на место. Он жаловался на то, что его не устраивает уровень его жизни, и высказывался об остальном мире в негативном, снисходительном тоне. Он казался озабоченным фантазиями об исключительных достижениях и признании, но очень мало делал для реализации каких-либо из этих целей. Хотя он уверял психотерапевта, что не хотел совершить самоубийство, тем не менее он составил

подробный план, по которому мог застрелиться так, чтобы потом можно было легко сделать уборку. Психотерапевт был встревожен тем, как живо он описал свой план, но также его интересовало, почему пациент разработал такой драматический, поразительный сценарий. Характер имеющихся жалоб Дэвида и его преморбидная история предполагали возможность наличия расстройства Оси II, которое предшествовало его текущей депрессии. Поскольку психотерапевт выдвинул гипотезу о том, что у Дэвида могло быть расстройство личности, эти и другие части клинической информации стали подходить друг к другу, указывая на нарциссический паттерн грандиозности, чрезмерную чувствительность к оценке и недостаток сочувствия к людям.

Понятие нарциссического расстройства личности (НРЛ), как оно определено в *DSM-III* и *DSM-III-R* (табл. 11.1), прежде всего основано на психоаналитической литературе, описывающей отдельные случаи (Akhtar & Thomson, 1982; Frances, 1985). Как и в случае с другими расстройствами личности, оценка присутствия или отсутствия диагностических критериев для клинического нарциссизма страдает значительной субъективностью и основана на различных допущениях (Stangl, Pfohl, Zimmerman, Bowers, & Corenthal, 1985; Widiger & Frances, 1985; APA, 1980, p. 7). Диагностическая надежность для этого расстройства личности низка (Spitzer, Forman, & Nee, 1979). Повышение диагностической надежности и демонстрация концептуальной валидности требуют более репрезентативного набора независимых, наблюдаемых форм поведения, наряду с определенными критериями хронического характера расстройства и связи между ситуациями, и, возможно, меры прототипичности случая (Widiger & Frances, 1985). Исследования, целью которых является выделение сложных поведенческих актов, связанных с определенными чертами (например: Buss & Craik, 1983; Livesley, 1986), вселяют надежду на успех. Когнитивная направленность исследований также может способствовать спецификации наблюдаемых признаков нарциссизма.

Таблица 11.1. Диагностические критерии нарциссического расстройства личности по *DSM-III-R*

Тотальный паттерн грандиозности (в фантазии или поведении), недостаток эмпатии и гиперсенситивность к оценкам других, начинающиеся в ранней взрослости и существующие в разных контекстах, на что указывают по крайней мере *пять* из следующих признаков:

1) реагирует на критику гневом, чувством стыда или унижения (даже если эти чувства не выражены);

2) склонен к эксплуатации в межличностных отношениях: использует других для достижения собственных целей;

3) имеет гипертрофированное чувство собственной значимости, например преувеличивает достижения и таланты, ожидает «особого» отношения к себе без соответствующих достижений;

4) полагает, что его проблемы уникальны и могут быть поняты только определенными людьми;

5) озабочен фантазиями на тему неограниченного успеха, власти, великолепия, красоты или идеальной любви;

6) ощущает себя имеющим особые права: необоснованно ждет особо хорошего обращения, например полагает, что не должен ждать в очереди, как другие;

7) требует постоянного внимания и восхищения, например постоянно напрашивается на комплименты;

8) недостаток эмпатии: неспособность понимать и переживать чувства других, например раздражен и удивлен, когда серьезно заболевший друг отменяет встречу;

9) озабочен чувством зависти.

Примечание. Из «Руководства по диагностике и статистической классификации психических расстройств» (3-е изд., перераб.), (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd ed., rev.). American Psychiatric Association, 1987, Washington, DC: Author, p. 351). ©1987, Американская психиатрическая ассоциация. Воспроизведено с разрешения.

Исторический обзор

Развитие психоаналитических представлений

Термин «нарциссизм» восходит к классическому греческому мифу о Нарциссе, молодом человеке, который влюбился в свое отражение в воде. Его судьба сложилась так, что он угас от неудовлетворенного желания и превратился в цветок нарцисса. Первая ссылка на этот миф в психологической литературе появилась у Хейвлока Эллиса (Ellis, 1898), описавшего мастурбационную, или «аутоэротическую», практику одного молодого человека.

Впоследствии Фрейд включил термин «нарциссический» в свои ранние теоретические эссе по

психосексуальному развитию (Freud, 1905/1953) и позже развил идеи о нарциссизме как особом психологическом процессе (Freud, 1914/1957). Он трактовал нарциссизм как стадию нормального развития, которая следует за аутоэротической стадией и в конечном счете перерастает в объектную любовь. Непостоянные, ненадежные опекуны в раннем возрасте или родители, слишком ценящие своего ребенка, рассматривались как главные препятствия для развития объектной любви, становящиеся причиной фиксации на нарциссической стадии развития. Нарциссические личности считались неспособными формировать длительные привязанности из-за фиксации на стадии увлеченности собой.

В дальнейшем психоаналитические теоретики сосредоточились на межличностных аспектах нарциссизма, и стало появляться понятие «нарциссическая личность» (например: Waelder, 1925). Ахтар и Томсон (Akhtar & Thomson, 1982) указывают на разногласия относительно того, является ли нарциссизм компонентом невроза, психоза или расстройства характера. В исследованиях нынешнего поколения теоретиков объектных отношений нарциссизм рассматривается как расстройство личности или характера. Среди них выделяются работы Кернберга (Kernberg, 1967, 1970) и Кохута (Kohut, 1966, 1971).

Кернберг рассматривает характерные для нарциссической личности чувство грандиозности и склонность к эксплуатации как свидетельство «орального гнева», который является патологическим процессом в либидозном (психосексуальном) развитии. Это предположительно обусловлено эмоциональной депривацией, вызванной хроническим безразличием или тайной злобой матери. В то же время некоторый уникальный талант или роль дают ребенку ощущение того, что он особенный, что в свою очередь становится эмоциональным клапаном, спасающим в мире безразличия или опасностей. Чувство грандиозности или обладания особыми правами необходимо, чтобы скрыть «расколотое» «подлинное "Я"» или осознание реальных обстоятельств. Подлинное «Я», как полагают, содержит сильные, но в значительной степени неосознаваемые чувства зависти, страха, депривации и гнева. Поскольку, согласно теории Кернберга, чувство грандиозности развивается в результате патологического процесса, его подход к лечению требует выявления и интерпретации неосознанных конфликтов для восстановления поврежденных в результате задержки развития интрапсихических структур.

Кохут, напротив, рассматривает нарциссизм как форму нормального развития либидо, а не как патологическое отклонение в процессе развития либидо. В теории Кохута патологический нарциссизм является результатом задержки развития, которая происходит, когда такие важные структуры личности, как «грандиозное "Я"» и «идеализированный родительский образ» не интегрированы должным образом. Это происходит в результате травмирующего разочарования, вызванного матерью, которая была недостаточно утвердительна в ее эмоциональных реакциях на ребенка или, наоборот, не позволила ребенку оценить ее реальные пределы. Таким образом, архаичное чувство грандиозности и идеализированный родительский образ разделены и становятся причиной повторяющихся подсознательно мотивированных попыток их реализации. Подход Кохута к лечению требует сочувствующего психотерапевта, который работает над решением задач развития путем ослабления чувства грандиозности пациента и принятия им разочарования, которое возникает при осознании того, что у идеализированных людей имеются реалистические пределы.

В других психоаналитических работах детально описываются различные эмоциональные и поведенческие проявления клинического нарциссизма (например: Bursten, 1973; Modell, 1976; Svrakic, 1985). В некоторых из них есть наблюдения, которые имеют отношение к когнитивно-ориентированной психотерапии. Бах (Bach, 1977), например, рассматривает «нарциссическое состояние сознания», которое связано с разнообразными когнитивными искажениями. Они включают доминирование ориентированного на себя восприятия реальности и тенденцию к чрезмерной самостимуляции. Речь и мышление нарциссической личности колеблются между крайними формами абстрактного и конкретного. Нарциссических личностей трудно вовлечь в процесс обучения из-за их эмоциональных реакций на отсутствие определенных знаний. Чтобы регулировать свое настроение, нарциссические личности обычно полагаются на определенные внешние обстоятельства, такие как частая похвала или внимание окружающих. Время, место и причинная связь также интерпретируются в личном, а не в межличностном контексте. Горовиц (Horowitz, 1975) указывал на дефектный стиль обработки информации, заключающийся в слишком большом внимании к источникам похвалы и критики, что приводит к возникновению несовместимых психологических установок. Эти установки, очевидно, вносят свой вклад в формирование субъективного ощущения неуверенности и потребности в одобрении.

Таким образом, тема любви к себе и увлеченности собой развивалась от объяснения мастурбации до описания широкого спектра расстройств характера, объединенных названием «нарциссизм». Психоаналитическая литература по нарциссизму детально описывает феноменологию этого

расстройства. Но психоаналитическая теория этиологии нарциссизма, очевидно, ограничена излишним вниманием к предполагаемой неадекватности эмоциональных реакций матери.

Важно отметить, что нет никаких эмпирических свидетельств, которые однозначно говорят о связи недостатка заботы в детстве с характеристиками нарциссизма во взрослом возрасте. Исследования лишения родительской заботы в раннем периоде жизни у животных и у людей указывают на развитие в таких случаях эмоциональной апатии, замкнутости, неадекватного социального поведения (Harlow, 1959; Provence, & Lipton, 1962; Yarrow, 1961) и синдрома замедленного развития, который также получил название «невозможности роста» (Cupoldi, Hallock, & Barnes, 1980; Gagan, Cupoldi, & Watkins, 1984; Oates, Peacock, & Forest, 1985). Эти расстройства несовместимы со свойственным нарциссическим личностям склонностью к эксплуатации, чувству грандиозности и потребностью в постоянном восхищении ими.

Исследования адаптации личности в зрелом возрасте у людей, лишенных в детстве родительской заботы, не проводились вообще. В одном недавно проведенном лонгитюдном исследовании 456 мужчин, склонных к делинквентному поведению в юности (Vaillant & Drake, 1985), сообщалось, что «незрелые защитные механизмы», связанные с расстройствами личности во взрослой жизни, не зависели от особенностей детства человека в смысле клинических оценок домашней обстановки и принадлежности к «проблемной семье». Таким образом, психоаналитические предположения об этиологии нарциссизма не находят никакого прямого эмпирического подтверждения, помимо описаний отдельных случаев. Действительно, соответствующие исследования, очевидно, опровергают предположения о причинной роли неадекватного поведения матери.

Возможность искажений, связанных с полом исследуемой выборки, также должна быть отмечена как фактор, влияющий на психоаналитическую теорию этиологии нарциссизма. Существующие наблюдения проводились на пациентах мужского пола (Akhtar & Thomson, 1982) и в основном исследователями-мужчинами. Ахтар и Томсон предполагают, что, возможно, мужчины почему-то особенно уязвимы к нарциссизму. Полному исследованию нарциссизма, вероятно, препятствуют недостаток понимания традиционных теоретических допущений и их некритическое принятие. Например, матери продолжают считаться ответственными за развитие нарциссизма. В одной недавно опубликованной психоаналитической работе выдвинута идея, что будущая нарциссическая личность рождается как замена для матери значимого другого после его смерти; она, таким образом, расценивает ребенка как «особенного», но неотреагированная печаль делает ее материнскую заботу неадекватной (Volkan, 1981).

Обвинения в адрес матери — серьезная и распространенная проблема, которая определенно влияет на профессиональную клиническую литературу (Caplan & Hall-McCorquodale, 1985). При исследованиях депривации стало ясно, что более уместно изучать лишение родительской, а не материнской заботы, и что недостаток поддержки и ухода со стороны матери является важным аспектом этой проблемы (Gagan et al., 1984). Таким образом, на психоаналитическую теорию нарциссического расстройства личности может влиять пол исследователя и объекта изучения, а также основные допущения о причинах. Необходимо разработать альтернативные подходы, которые учитывают подобные влияния.

Применение теории социального научения

Трактовка нарциссизма с позиций теории социального научения, изложенная Миллоном (Millon, 1969), не связана с гипотезой лишения материнской заботы и сосредоточена прежде всего на чрезмерно высокой оценке ребенка родителями. Согласно Миллону, когда родители таким образом реагируют на ребенка, это способствует чрезмерному развитию у ребенка чувства собственной ценности, и внутренний образ «Я» ребенка разрастается до такой степени, что он не может найти себе подтверждение во внешней реальности. Этот гипертрофированный образ «Я» является основой для развития нарциссического стиля личности. Родители (не только мать) все же играют главную роль. Но их воздействие связано с информацией, которую они дают ребенку непосредственно — через обратную связь, и косвенно — через моделирование. Рассматриваемые интрапсихические структуры ограничены образом «Я» ребенка.

Когнитивное осмысление

Когнитивная теория может распространить теорию социального научения на нарциссизм. Используя понятие когнитивной триады, сформулированное Беком, Рашем, Шоу и Эмери (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979), мы предполагаем, что НРЛ развивается в результате комбинации дисфункциональных схем себя, мира и будущего. Основа этих схем закладывается в раннем возрасте в

результате прямых и косвенных воздействий со стороны родителей, сиблингов и значимых других, а также переживаний, способствующих формированию убеждения в собственной уникальности и значимости. Совокупным результатом этих влияний является множество искаженных убеждений, которые труднопреодолимы и крайне активны. Нарциссические личности рассматривают себя как особенных, исключительных и имеющих право претендовать на вознаграждение; они ожидают восхищения, уважения и одобрения со стороны других, и их ожидания относительно будущего сосредоточены на реализации грандиозных фантазий. В то же время им заметно недостает убеждений относительно важности чувств других людей. На их поведение оказывает влияние недостаток сотрудничества и социального взаимодействия, так же как избыток требований к окружающим, потакание своим желаниям и иногда — агрессивное поведение.

Чувство собственной уникальности, важности и отличия от других может развиться в результате разнообразных переживаний. Очевидно, что подчеркнутая лесть, снисходительность и фаворитизм могут способствовать развитию нарциссизма. Убеждение в собственной исключительности также может развиться в результате испытываемых дефицитов, ограничений или отвержения. Некоторые примеры таких переживаний могли бы включать насилие со стороны родителей, отношение со стороны родителей как к слабому или болезненному или отношение ко всей семье со стороны сообщества как к «отличной» по признаку этнического, географического, расового или экономического статуса. Этот образ «Я», основанный на отвержении или дефицитах, подобен паттерну нарциссизма, который Фрэнсис (Frances, 1985) считает более тонкой формой, характеризующейся чувством неполноценности, завистью, склонностью к фантазиям и привязанностью к могущественным другим. Общим знаменателем для низших и высших убеждений, касающихся себя, может быть просто восприятие себя как отличного от других в чем-то важном. Это отличие может затем быть связано со слишком интенсивными эмоциональными реакциями, поскольку оно считается замечательным или ужасным.

Фактическое присутствие таланта или физической особенности, ценных (или не имеющих ценности) в данной культуре, будет вызывать социальные реакции, которые укрепляют схему «превосходства/значимости». Обратная связь, которая изменила бы такую схему, может отсутствовать или искажаться. Например, нарциссические личности могут получать очень мало обратной связи о своем сходстве с другими людьми. Родители также могут систематически отрицать или искажать негативную обратную связь, поступающую к ребенку извне. Изоляция от негативной обратной связи провоцирует гиперсенситивность к оценке, что характерно для нарциссических личностей. Наоборот, в более тонком случае постоянная негативная обратная связь может вызвать переживания, поддерживающие крайние, катастрофические реакции на воспринимаемую критику, и гипервигильность к вниманию других людей. Проблемы появляются главным образом, когда эти схемы себя становятся чрезмерно активными и не уравновешены более интегративными суждениями.

Когнитивная оценка

Общий клинический контекст

Нарциссические люди обычно обращаются за лечением, когда у них развивается причиняющее неудобства расстройство Оси I или когда они сталкиваются с какой-нибудь серьезной проблемой в отношениях с людьми. Основной причиной обращения нарциссических пациентов за лечением является депрессия. Для нарциссических личностей характерны следующие формы депрессивного расстройства: нарушение адаптации с депрессивным настроением, дистимическое расстройство и иногда большая депрессия. Нарциссические люди плохо переносят дискомфорт, поэтому обычно стремятся к лечению депрессии. Но чем серьезнее депрессия, тем сложнее точно оценить наличие расстройства личности.

Факторы, способствующие развитию депрессии, часто включают в себя какие-либо проблемы в отношениях или их разрыв, неприятности на работе или какой-то кризис, при котором в результате разочарования или оскорбления ущемляется чувство грандиозности. Иногда за определенное время накапливаются неоправдавшиеся грандиозные ожидания, и это приводит к дисфорическим умозаключениям о том, что большие мечты никогда не сбудутся. Чувство грандиозности и уникальности может продолжать выражаться через подчеркивание исключительного характера отчаяния.

Нарциссическая депрессия обычно предполагает несоответствие между ожиданиями/фантазиями и действительностью. Автоматические мысли отражают постоянную сосредоточенность на неоправдавшихся ожиданиях, недостатках и низшем положении других людей и уникальности проблем пациента. Может присутствовать чувство сомнения в том, что когда-нибудь все сложится «действительно хорошо», а также уклонение от приятных действий и контактов. Нарциссический пациент также может испытывать чувство унижения оттого, что у него депрессия.

Нарциссический пациент может обратиться за лечением и по причине других, помимо депрессии, симптоматических расстройств или из-за проблемного поведения. Значимым другим, возможно, надоест мучиться с нарциссической личностью, и они могут предъявить такому человеку ультиматум, который заставит его прибегнуть к психотерапии. Иногда нарциссические личности могут обращаться за лечением, чтобы снять дискомфорт, вызванный иным, чем депрессия, симптоматическим расстройством. Такие расстройства обычно включают в себя социальные фобии, ипохондрию и злоупотребление психостимулирующими веществами. Гиперсенситивность к оценке окружающими может проявляться в форме социальной фобии. Чрезмерная обеспокоенность предполагаемыми недостатками внешности способствует развитию фобического поведения, поскольку люди одновременно ищут внимания и при этом боятся оценки.

В случае ипохондрии чрезмерная увлеченность собой переходит в сосредоточенность на защите своего тела и удовлетворении физических потребностей. Это обеспечивает социально приемлемый способ расходования времени и энергии на себя и позволяет получить классическую вторичную выгоду в виде внимания и сочувствия окружающих. Физическая уязвимость служит основанием для необходимости особого обращения и объяснением того, почему действительность не может соответствовать воображаемым способностям. Болезнь, или потенциальная болезнь, обеспечивает приемлемое объяснение того, почему все не так, как «могло бы быть».

Злоупотребление психоактивными веществами может развиваться как часть общего нарциссического паттерна увлеченности собой и потакания своим желаниям. Наркотики типа кокаина, являющиеся признаком «высокого статуса», также особенно привлекательны для нарциссических личностей. Немедленное снятие дискомфорта и чувство собственной значимости и силы иногда могут быть достигнуты с помощью химических веществ. Неосознанное напряжение, вызванное гиперсенситивностью к оценке, может быть легко снято небольшим количеством спиртного или таблетками. Вера в свою уникальность не позволяет нарциссическим личностям признать свою зависимость от алкоголя или наркотиков. Это также заставляет их думать, что они избегут негативных последствий пагубной привычки и могут легко прекратить употребление этих препаратов.

В некоторых случаях в мышлении нарциссических пациентов могут развиваться параноидные тенденции. При этом преобладает установка «я против мира», поскольку нарциссические личности воспринимают других людей как завидующих их особым талантам и поэтому готовых «добраться до них» или как-то их унизить. Информация, противоречащая грандиозным фантазиям нарциссических личностей, может вызывать интенсивный гнев, вербальную или физическую агрессию к другим людям и активные действия, направленные на самозащиту. В крайних случаях, когда отсутствует возможность проверки реальности, параноидные нарциссические личности могут яростно нападать на людей, которых они расценивают как угрозу своему превосходству.

Примером этого служит следующий трагический случай. Человек, у которого позже было диагностировано НРЛ, перенес ряд стрессов, послуживших причиной различных трудностей и изоляции от других. Он был разведен с женой, но сохранил опекунство над четырьмя маленькими детьми, двое из которых носили его фамилию. У него были проблемы на работе. У него возникли финансовые трудности, которые закончились изъятием мебели за неуплату. По ночам он работал, а днем занимался детьми.

Бывшая жена этого человека, по его словам, несколько раз звонила ему, дразня его рассказами о сексуальных достоинствах и материальном достатке ее нового друга, например о его новом пистолете. Мужчина все больше раздражался и беспокоился от мысли, что у этого друга «пистолет был больше, чем у меня» и что жена и ее друг сговорились украсть детей в одни из выходных. Чтобы предотвратить это, он купил в магазине уцененных товаров винтовку и планировал убить бывшую жену и ее друга. В тот день, когда он собирался это сделать, он «позаботился» и о своих четверых детях, убив каждого, чтобы они не достались жене и ее любовнику. Затем он убил жену, а также ее мать. Потом он шесть часов прождал любовника жены у его работы и стрелял в него, когда тот появился, но только ранил.

После тщательной оценки был сделан вывод, что этот крайний акт насилия прежде всего явился попыткой предотвратить дальнейшие удары по чувству собственного достоинства этого мужчины и был вызван желанием отомстить тем, кто унижал его, и восстановить свое чувство превосходства и доминирования. Он был признан вменяемым и ответственным за убийство жены и тещи и ранение друга жены, но временно невменяемым при убийстве детей. Этот случай указывает на необходимость быть готовым к агрессивному поведению, особенно когда подозрительная, гневливая нарциссическая личность замышляет месть.

Присутствие НРЛ, как правило, усложняет стандартное лечение сопутствующего расстройства Оси I. Довольно часто ставится дополнительный диагноз расстройства личности, когда лечение симптоматического расстройства блокировано или не отмечается ожидаемого улучшения. Мы рекомендуем одновременно проводить анализ расстройств Оси I и Оси II, когда присутствуют оба. На

практике это может значить, что следует отводить некоторое время на разработку когнитивных вмешательств для обоих расстройств в рамках одной сессии. Расстройство Оси I нужно лечить стандартным способом, увеличивая количество отведенного на это времени, в зависимости от тяжести симптомов. Но если в то же время не уделяется достаточного внимания нарциссизму, общее улучшение состояния пациента будет минимальным.

Отдельные оценочные процедуры

Точная оценка НРЛ трудна, особенно когда помимо него имеет место расстройство Оси I. Кроме того, у пациента могут присутствовать особенности, характерные для других расстройств личности. С нарциссизмом наиболее часто сочетаются гистрионное, антисоциальное и пограничное расстройства личности (Stangl et al., 1985). Возможно, наиболее важным средством оценки при диагностике нарциссизма является осторожное клиническое интервью. Включение в процесс интервью другого человека в качестве дополнительного источника информации также весьма полезно.

Оценить тяжесть состояния больного можно по стандартным симптоматическим измерениям типа Опросника депрессии Бека. Другие стандартные психометрические инструменты могут помочь выяснить уровень дискомфорта и присутствие некоторых характеристик личности. Профиль *MMPI* ,вероятно, покажет клинические повышения по отдельным шкалам, которые соответствуют предъявляемым жалобам. Показатели шкалы 4 (психопатическое отклонение), вероятно, будут существенно повышены ввиду того, что нарциссические личности считают себя особенными, исключительными и склонны все делать по-своему. Показатели шкал 6 (паранойя) и 9 (мания) также иногда умеренно повышены ввиду гиперсенситивности и чувства грандиозности нарциссических личностей. Данные по неклиническим студенческим выборкам говорят о том, что повышение показателей шкал 8 (шизофрения), 9 (мания) и шкал валидности образовывали профиль, наиболее типичный для нарциссического стиля личности (Raskin & Novacek, 1989). Методика «Обзор дисфункциональных установок», вероятно, подтвердит наличие убеждений относительно достижений, перфекционизма и одобрения.

Прямой опрос о нарциссических особенностях затруднен ввиду ограниченной способности пациента объективно оценивать эти характеристики (например: «Преувеличиваете ли вы свои достижения?») или его нежелания признавать наличие у себя некоторых форм поведения (например, эксплуатации людей). В качестве альтернативы психотерапевт может систематически оценивать нарциссические особенности, которые проявляются у пациента на сессиях, самоотчеты о социальных отношениях и самоотчеты о деятельности на работе или о достижениях в профессиональной сфере. Следующие описания дают некоторые общие принципы того, что необходимо искать в каждой из этих областей.

Поведенческие проявления

Внимательный психотерапевт может отметить потенциальные признаки нарциссизма на основе своего первого впечатления от нового пациента. Часто новые пациенты демонстрируют претензии на особые права тем, что подробно договариваются о первом посещении психотерапевта. При встрече психотерапевт может сначала заметить очень элегантный или привлекательный внешний вид, который является результатом постоянного внимания к своей внешности, состоянию своего тела и гардеробу. Чрезмерная забота о своей внешности и комфорте, однако, является более надежным диагностическим признаком, чем симпатичная внешность или внешний лоск сами по себе. Пациенты проявляют эту чрезмерную заботу в многочисленных деталях вербального и невербального поведения. У некоторых пациентов это проявляется в том, что они часто стряхивают с себя пылинки, приглаживают волосы, поправляют и проверяют свою внешность. Некоторые могут принимать исключительно непринужденные позы или сидеть подчеркнуто прямо и поддерживать выражение лица, которое выглядит как надменное. Незначительные физические недостатки, такие как сломанный ноготь, или незначительные физические неудобства, например легкое чувство голода, вызывают у них характерную чрезмерную реакцию. Когда обнаружен один из этих поведенческих признаков, краткое исследование мыслей и чувств пациента может помочь установить, является ли это признаком нарциссизма или это просто случайная особенность, вызванная каким-либо другим обстоятельством (например, чувство голода может быть важной проблемой, если у данного человека сахарный диабет).

Нарциссическая личность может быть недовольна диагностическим тестированием или сопротивляться ему как потому, что это требует некоторых усилий, так и потому, что это определенным образом классифицирует проблему, из чего следует, что она обычная, точно такая же, как у любого другого человека. Сопротивление процедурам тестирования или обратной связи также может быть

признаком гиперсенситивности к оценке и потенциальной негативной обратной связи. Нарциссические люди с трудом воспринимают обратную связь, реагируя характерным гневом или стыдом. Пациенты могут вполне комфортно чувствовать себя в разговоре о себе, иногда явно возвеличивая себя. Они могут часто упоминать о своих талантах, достижениях, связях или материальном благосостоянии. Самоуверенное отношение к трудностям и склонность жаловаться на недостатки других также является характеристикой нарциссизма.

То, как пациент взаимодействует с психотерапевтом, является источником важной диагностической информации. В более очевидных случаях пациенты охотно описывают себя как надменных, высокомерных или дерзких. Они могут подчеркивать свое высокое положение, известность своей семьи или статус знаменитости и ожидать в ответ на это особого уважения к себе. Нарциссические личности также могут пытаться манипулировать психотерапевтом, чтобы поддерживать свое чувство грандиозности или свои претензии на особые права. Помимо ожидания комплиментов возможными признаками этого расстройства являются многочисленные вопросы о квалификации психотерапевта («Вы уверены, что можете работать с таким уникальным или сложным человеком, как я?») и постоянное стремление подробно обсуждать время встреч с психотерапевтом и условия оплаты его услуг. Эти пациенты могут проявлять негодование, когда их не устраивают время или условия оплаты.

Нарциссическая тенденция идеализировать или обесценивать других обычно будет очевидна и во взаимодействии с психотерапевтом. Психотерапевт может понять, что с ним обращаются как с особым человеком. И наоборот, вмешательства психотерапевта могут быть автоматически раскритикованы или отвергнуты. Нарциссические пациенты иногда даже оскорбляют психотерапевта. Помимо собственного опыта, психотерапевт может обнаружить эти установки и из описания пациентом своего лечения у других психотерапевтов. Исследование предыдущих психотерапевтических контактов может помочь понять, как пациенты относятся к подобному опыту и как они пережили завершение психотерапии. Можно ожидать наличие паттерна высоких ожиданий с последующим разочарованием и резким завершением лечения.

Социальные отношения

Отношения с людьми обычно являются для нарциссической личности источником напряженности. Хотя пациент может иметь широкий круг знакомств, устойчивые, долгосрочные отношения отсутствуют. Могут отмечаться лишь расплывчатые упоминания об особенных друзьях. В течение первых интервью значимые другие либо не упоминаются, либо описываются как источник проблем пациента. Обычны многократные разводы или разрывы отношений, хотя некоторые нарциссические личности никогда не находят никого «достаточно хорошего» даже для кратковременной привязанности. Нарциссические личности охотно перечисляют характеристики, которые они ищут в партнере, и быстро теряют интерес к тому, кто не имеет всех необходимых внешних, личностных и социальных качеств.

В браке нарциссические личности склонны к проблемам, вызванным соперничеством с их супругами. Выбрав себе партнеров из-за их «особенных» характеристик, нарциссические личности затем обижаются, когда их партнеры получают больше внимания. Они хотят жениться на ком-то особенном, но сердятся, когда перестают быть центром внимания. Этот гнев может проявляться в разнообразных формах агрессивного и пассивно-агрессивного поведения.

В общем социальном контексте нарциссические личности могут иметь большой опыт по части создания хорошего первого впечатления. При продолжении контакта, однако, обнаруживается значительная грубость и бестактность. Нарциссические личности могут быть жестоки, резки и достаточно неблагодарны. Любезность они понимают однобоко. Они рассчитывают, что другие будут уступать им дорогу, пропускать без очереди, не заставлять их ждать, а также что продавцы или официанты будут обслуживать их немедленно. Они используют социальные взаимодействия по своему усмотрению и в свое удовольствие. Если они отвечают услугой на услугу или выполняют свои социальные обязательства, это обычно делается так, чтобы привлечь к себе внимание, а не оказать кому-то любезность.

Часто именно в рассказах о значимых других раскрывается их требовательный, нечувствительный межличностный стиль. Например, мать сообщала, что ее молодой взрослый сын требует, чтобы она освободила ему телефон, и может разразиться непристойной бранью в ее адрес, если она немедленно не кладет трубку, обрывая разговор на полуслове. Другой пример известен нам из рассказа секретаря, чей босс хотел, чтобы она пришла на работу в тот день, когда у нее произошел выкидыш. Когда она сказала ему, что доктор рекомендовал ей несколько дней находиться дома, он рассердился в связи с тем, что накопилось много работы, и отругал ее за то, что она срывает все сроки.

Вспышки раздражения, словесные выпады, а также эмоциональное, физическое или сексуальное насилие могут свидетельствовать об убежденности нарциссических личностей, что другие должны в первую очередь заботиться о том, чтобы сделать их счастливыми и создать им комфортные условия. Другие могут описывать свои отношения с нарциссическими личностями как «любовь и ненависть»: они одновременно пленены их обаянием и некоторым образом эксплуатируются ими. Нарциссические личности способны крайне обижаться и высокомерно относиться к любому, кто пытается уличить их в эксплуататорском, эгоистичном поведении.

Работа и достижения

Нарциссические личности могут интенсивно трудиться, но при этом ставят перед собой эгоистические цели. Мотив их личного признания людьми гораздо более важен для нарциссических личностей, чем общественная ценность выполняемой ими работы, вклад, вносимый ими в благосостояние семьи, или просто удовольствие от самой работы. В других случаях нарциссический человек склонен полагать, что он должен быть освобожден от трудных или унылых задач.

На работе нарциссические личности могут различным образом переступать границы своих полномочий. Они могут принимать решения, для которых им не хватает квалификации, либо не в состоянии с почтением относиться к начальству. Они вообще не любят от кого-либо зависеть и обижаются, если им приходится подчиняться. Когда нарциссические личности обладают властью, они могут злоупотреблять ею и эксплуатировать подчиненных. Например, нередки сексуальные домогательства с их стороны. Другой пример — биржевой маклер, который чрезмерно покупает и продает или иначе использует счет клиента, чтобы получать комиссионное вознаграждение независимо от того, выгодно это клиенту или нет. Другие примеры из общественной жизни можно найти среди политических фигур, которые ведут себя так, как будто их власть освобождает их от общепринятых норм поведения. Многочисленные примеры могли бы иллюстрировать эксплуататорское поведение, отражающее нарциссическое убеждение: «Важно лишь, чтобы получалось то, чего я хочу или что правильно на мой взгляд».

Нарциссические личности живут согласно правилу, что они выше обычных правил, обязательных для других, или освобождены от них. Например, одна королева красоты полагала, что должна быть освобождена от обвинений в управлении автомобилем в состоянии алкогольного опьянения, даже при том, что она была явно пьяна и наехала на припаркованный автомобиль. Ее доводом в пользу исключения для нее было то, что это уничтожит ее карьеру и все, ради чего она работала как участница национального конкурса красоты. Когда она была признана виновной, судья посоветовал ей помнить, что «симпатичные девушки тоже могут убивать».

Случай из практики

Вернемся к случаю Дэвида, о котором уже говорилось в начале главы. Он позволяет на примере рассмотреть все основные признаки НРЛ. Дэвид, 40-летний адвокат, обратился за лечением по причине депрессии. Ее источником он считал проблемы в семье и в бизнесе, а также утверждал, что переживает кризис среднего возраста.

Дэвид выглядел общительным мужчиной, который уделял большое внимание своей внешности. Дэвид сразу обратил внимание психотерапевта на свой новый костюм, модные ботинки и машину с откидным верхом. Он также спросил психотерапевта, какая машина у него и сколько у него было *VIP* - клиентов. Дэвид хотел удостовериться, что имеет дело с лучшим специалистом. Но ему явно было не по себе, если в офисе психотерапевта он встречался с человеком важного вида. В успешности психотерапии Дэвид выражал некоторые сомнения, но согласился ее продолжить, потому что психотерапевт предложил ему уникальный метод лечения — когнитивную психотерапию.

Дэвид вырос в уютном пригороде большого города, был старшим из трех детей и единственным сыном успешного бизнесмена и бывшей секретарши. Обладая самолюбивым характером, Дэвид обычно заставлял родителей и сестер выполнять его желания. Дэвид сообщил, что, даже если они не уступали его требованиям, он обычно не обращал на это внимания и так или иначе делал то, что хотел. Дэвид утверждал, что был лучшим студентом и превосходным спортсменом, но не мог сообщить никаких подробностей, которые подтверждали бы его успехи в этих областях.

Дэвид вспомнил, что имел большой выбор девушек, поскольку многие женщины «страстно хотели» встречаться с ним. Его стратегия заключалась в том, чтобы сначала проявлять полную холодность; при этом ему был свойствен паттерн недолгих интенсивных отношений. Если девушка разрывала отношения раньше него или даже проявляла некоторый интерес к кому-то еще, он был способен отреагировать на это вспышкой раздражения. Когда ему было 17 лет, он до синяков на лице

избил подругу за то, что та встречалась с другим парнем. Она пригрозила подать в суд, и Дэвид был ошеломлен тем, что она решилась проявить недовольство его гневом.

Дэвид поступил в университет, мечтая о том, что станет известным благодаря успешной карьере. Он избрал специализацию в области коммуникаций, планируя продолжить обучение в юридической школе и затем заняться политикой. В университете он познакомился со своей будущей женой, победительницей конкурса красоты. После окончания учебы они поженились. Дэвид поступил в юридическую школу, а жена устроилась на работу, чтобы обеспечивать семью.

Во время учебы в юридической школе Дэвид стал «трудоголиком», живущим мечтами о блестящей карьере и международном признании. Он проводил минимум времени с женой, а после того как у них родился сын, уделял семье еще меньше внимания. В то же время он продолжал внебрачные сексуальные контакты, главным образом случайные. Он говорил о своей жене с раздражением и пренебрежением, жалуясь на то, что она не соответствовала его ожиданиям. Он подождал, пока не закрепится на своей первой работе, чтобы можно было обойтись без финансовой поддержки жены, и затем развелся с ней. Он продолжал видеться с сыном, но редко платил алименты.

После развода Дэвид решил, что полностью свободен и может просто получать удовольствие от жизни. Он любил тратить все деньги на себя, богато отделал квартиру и обзавелся модным гардеробом. Он постоянно стремился знакомиться с различными привлекательными женщинами. Ему сопутствовал успех при первом знакомстве и назначении свиданий, но он редко находил женщин достаточно хорошими, чтобы встречаться с ними больше двух раз. Иногда он устраивал сексуальные игры, чтобы развлечь себя, например проверял, как быстро может установить сексуальный контакт или сколько женщин согласятся заняться с ним сексом. Он был несколько удивлен фактом, что не почувствовал себя победителем, когда наконец сумел «одержать победу» *с* пятью женщинами за один день. Дэвид начал стремиться к домашнему уюту и вниманию, которые мог бы обеспечить один постоянный партнер. Поэтому он с помощью списка требований выбрал из своих любовниц одну и в конечном счете женился на Сьюзен, дочери известного политического деятеля.

Дэвид с трудом выявлял автоматические мысли или проблемы, которые усиливали его негативные настроения, поэтому начальные лечебные вмешательства были сосредоточены на отслеживании колебаний его настроения. Он обнаружил, что часто чувствовал себя хуже, когда заходил в свой офис, имел консультации с некоторыми коллегами и находился в обществе своей жены. Он чувствовал себя лучше, когда мог мечтать о своих планах на будущее, кататься один на своем спортивном автомобиле и привлекать внимание женщин или когда был в компании, например на вечеринке или в баре.

Ухудшение самочувствия на работе было связано с усилением чувства дискомфорта от выполнения рутинной работы и с мыслями о том, что такая работа не соответствовала его квалификации. По его мнению, он заслуживал лучшего и его таланты и способности не получили признания. Консультации с коллегами часто вызывали мысли о том, что они не хотят признавать его достоинств или «имеют наглость» высказывать критику в его адрес. Дэвид полагал, что, поскольку он «особенный», никто не имеет никакого права критиковать его, хотя он имеет полное право критиковать других. Также он полагал, что люди слабы и нуждаются в контакте с таким человеком, как он, чтобы кто-то направлял их жизнь или чтобы получить удовольствие. Он не видел никакой проблемы в том, чтобы использовать окружающих, если они достаточно «глупы», чтобы позволить ему это делать.

Дэвид признал, что, когда он плохо себя чувствовал с женой, он обычно сосредоточивался на каком-либо негативном аспекте ее внешности или интеллекта. Обычно он думал, что она недостойна его. Всякий раз, когда Сьюзен просила его о чем-нибудь, он сердился на нее. Он полагал, что ей очень повезло с ним и поэтому она не имеет права ничего требовать. Он знал, что есть много других, более симпатичных женщин, которые будут рады удовлетворить его потребности.

Дэвид чувствовал себя лучше, когда кто-то льстил ему, когда он был в ситуации общения в группе, где он мог легко стать центром внимания, и когда он мог мечтать о более высокой должности, достойной его таланта, или о том, как он будет сказочно богат. Сложная картина, полученная в результате оценки клинической истории Дэвида, его текущих симптомов и его установок и автоматических мыслей, указывала, таким образом, на наличие депрессивного эпизода средней степени тяжести с сопутствующим НРЛ. Ход психотерапии Дэвида мы рассмотрим чуть далее.

Цели когнитивной психотерапии

Начальные клинические цели когнитивной психотерапии НРЛ включают в себя установление отношений сотрудничества, ознакомление с когнитивной моделью лечения, или «социализацию» пациента к ней, и достижение согласия в понимании проблемы и подхода к лечению.

При попытке достичь этих целей с нарциссическими пациентами могут возникнуть серьезные

трудности. Установление отношений сотрудничества может оказаться чрезвычайно непростой задачей, так как нарциссические личности полагают, что они выше других, а также имеют существенный дефицит в области взаимодействия с людьми. Авторитет психотерапевта может подвергаться сомнению, вызывать недовольство, принижаться или как-либо иначе не признаваться. Пациенты могут расценивать психотерапию как соперничество, в котором они должны бороться, чтобы сохранить свое превосходство. В ответ на такие вызовы психотерапевты должны осознавать, насколько важно понимать субъективные реакции пациентов, а также последовательно вести их к расширению способов принятия решений. Рассмотрение альтернатив может быть связано с такими целями, как более приемлемое настроение или устойчивые, свободные от напряженности отношения. Конкретные предложения по взаимодействию между пациентом и психотерапевтом, направленные на облегчение сотрудничества, будут обсуждены в следующем разделе.

Кроме начальных целей сотрудничества, понимания проблемы и «социализации» к когнитивной модели лечения, цели лечения могут охватывать диапазон от рассмотрения определенных жалоб до более долгосрочного формирования альтернативного поведения и установок. Снятие симптомов или кризисов, очевидно, может происходить намного быстрее, чем изменение образа жизни, и темп лечения должен быть разъяснен пациенту в терминах краткосрочных и долгосрочных целей. Долгосрочные цели могут включать в себя коррекцию грандиозного представления пациента о себе, ограничение сосредоточенности на оценке себя другими, лучший контроль над эмоциональными реакциями на оценку, увеличение понимания чувств других, активизацию эмпатии и устранение эксплуататорского поведения.

Отдельные лечебные вмешательства

Как только психотерапевт соберет достаточно данных, указывающих на наличие НРЛ, он может приступить к осмыслению предъявленной пациентом проблемы (депрессия, проблема в отношениях, нерешительность, трудности на работе и т. д.) как усугубленной его образом жизни. При использовании когнитивной модели психотерапевт может обсуждать эти проблемы с пациентом в терминах определенных ситуаций с соответствующими чувствами, мыслями, допущениями и поведением.

Лечебные вмешательства, как правило, будут попеременно направлены на увеличение ответственности за свое поведение, уменьшение когнитивных искажений и дисфункциональных эмоций и формирование новых установок. Более конкретные долговременные цели могут включать поведение, которое является адекватным чувствам других (например, более учтивое), сотрудничество с другими и участие в работе, более разумные ожидания, связанные с другими, больший контроль над привычками и настроениями и более точные оценки себя, в которых признается сходство между собой и другими. Мотивация для достижения долговременных целей может быть основана на желании стабилизировать свое состояние, поддерживать определенные отношения, строить карьеру или устранить постоянные, возвращающиеся симптомы.

Полезно подбирать клинические стратегии в соответствии с тремя главными компонентами нарциссизма: чувством грандиозности, гиперсенситивностью к оценке и недостатком эмпатии. Что касается чувства грандиозности, акцент может быть сделан на использовании когнитивных методов в целях коррекции искаженного представления пациентов о себе и контроле над связанными с ним крайними эмоциями. Убеждение пациентов в том, что они особенные, обычно трудноразличимо и имеет тенденцию колебаться между крайне положительной и крайне отрицательной оценками. Они автоматически сравнивают себя с другими и склонны «преувеличивать» свое превосходство и уникальность или свою неполноценность. Другая распространенная ошибка, которая вносит вклад в формирование чувства грандиозности, — классификация по принципу «все или ничего». В результате дуалистического мышления нарциссические личности считают себя либо удивительно превосходящими других, либо полностью никчемными. Коррекция этой формы мышления может помочь ограничить чувство собственной значимости. Другая адаптивная альтернатива состоит в том, чтобы пациенты сравнивали себя друг с другом или находили общие особенности в их представлении о себе и о других (см. табл. 11.2).

Таблица 11.2. Альтернативные убеждения

— Будьте проще. Обычные вещи могут быть очень приятны.

— Можно быть человеком, подобным каждому, и тем не менее быть уникальным.

— Может быть выгодно играть в команде.

— Я могу наслаждаться своей похожестью на других, вместо того чтобы всегда стараться быть лучшим.

— Я могу быть членом группы, вместо того чтобы всегда быть исключительным человеком.
— Я могу стремиться к долгосрочному уважению со стороны других вместо краткосрочного восхищения.
— У других людей есть потребности и мнения, которые также имеют значение.
— Коллеги могут быть полезны, а не только составлять конкуренцию.
— Обратная связь может быть обоснованной и полезной. Вредно оценивать ее однобоко.
— В этой жизни мне никто ничего не должен.
— Думать о реальных ситуациях может быть более здраво, чем быть озабоченным нереалистическими мечтами.
— Я действительно не нуждаюсь в постоянном внимании и восторге от каждого, чтобы жить и быть счастливым.
— Главенствующее и подчиненное положение среди людей — понятия относительные, и поэтому они всегда подвержены изменению.
— Недостатки есть у каждого человека.
— Каждый по-своему особенный.
— Я могу отвечать за собственное настроение. Если позволять оценкам других управлять моим настроением, это сделает меня зависимым от них и лишит контроля над собой.

Реструктурирование в воображении может быть полезным для изменения привычки мечтать о чем-то нереальном или идеальном. Замещающая фантазия, в которой подчеркивается радость и удовольствие от немедленно достижимых, повседневных переживаний, может быть способом отвлечься от нарциссических образов. Такая фантазия также преследует цель подготовки к действиям, которые, возможно, помогут повысить самооценку. Например, вместо мечты о том, что пациент исполняет хит для многотысячной аудитории, он мог бы представить, что получает удовольствие от пения в городском или церковном хоре. Важный технический аспект этого вмешательства состоит в том, чтобы помочь пациенту поверить в то, что воображаемая деятельность приятна, и отвлечься от идеализации удовольствия от внимания и признания.

Систематическая десенсибилизация, которая включает когнитивные методы преодоления трудностей и адаптации, может использоваться для решения нарциссической проблемы гиперсенситивности к оценке. Тем самым психотерапевт помог бы пациенту постепенно привыкнуть к получению обратной связи от окружающих. Роль пациента состояла бы в преодолении катастрофического и дихотомического мышления и развитии навыков принятия и выгодного использования оценки. Для нарциссического пациента важно проверить, может ли он поддерживать позитивное (не грандиозное) представление о себе, не основываясь на постоянных положительных реакциях от других. В качестве конкретного упражнения пациент может специально попросить кого-нибудь предоставить ему обратную связь. При этом полезно начать с позитивной обратной связи, чтобы затем подвергать себя риску отрицательных эмоций и исследовать роль собственных мыслей и интерпретаций. Задача пациента состоит не в том, чтобы напрашиваться на комплименты; он должен прямо просить о предоставлении определенной обратной связи.

Затем пациент может обратиться к источникам более негативной обратной связи, чтобы использовать когнитивные навыки управления эмоциональными реакциями и решить, как ему использовать обратную связь. Мы предостерегли бы против упомянутой Фрэнсисом (Frances, 1987) простой десенсибилизации к «чувству недостатка собственного величия» как потенциально ограниченного поведенческого метода. Дело не в том, что пациент должен научиться принимать свое плохое самочувствие; он должен освоить более эффективные способы интерпретации ситуаций, которые обычно вызывают плохие чувства.

Нарциссические личности также могут научиться более дифференцирование относиться к оценке их другими людьми. Эти пациенты компульсивно сосредоточены на том, как их оценивают окружающие, но часто не принимают во внимание важность этой оценки. Они склонны к «чтению мыслей» и косвенно требуют подтверждения положительного мнения о себе. Остановка мыслей и отвлечение внимания иногда являются полезными методами для ломки привычки к размышлению о том, что думают другие. Чтобы нарциссические личности могли работать над уменьшением их чувствительности к тому, что люди думают о них, различные ситуации или переживания могут быть оценены по степени их важности как источника обратной связи. В конечном счете пациенты должны быть способны преодолевать свою озабоченность мыслями окружающих, прямо просить о предоставлении обратной связи, когда она нужна, и дифференцирование относиться к обратной связи, реагируя на нее.

Развитие эмпатии — третья главная составляющая лечебной работы. Для достижения этой цели полезны три стратегии. Во-первых, необходимо обратить внимание пациента на недостаток эмпатии. Иногда достаточно просто задать вопрос о понимании чувств другого человека. В иных случаях

должны быть конкретно указаны и отмечены игнорирование и эксплуатация. Во-вторых, должны быть активизированы эмоциональные схемы, соответствующие чувствам и реакциям окружающих. Вероятно, это может быть наиболее эффективно сделано с помощью обмена ролями и ролевых игр, в которых пациент исполняет роль другого человека. Необходимо сделать акцент на том, как другой человек, вероятно, будет себя чувствовать, а не только на том, как пациент реагировал бы в сложившейся ситуации на другого человека. В-третьих, могут быть предложены и обсуждены альтернативные, адаптивные способы обращения с окружающими. Могут быть сформулированы новые убеждения, чтобы ясно выразить эмоциональное признание реакций других людей, например: «Чувства других людей также имеют значение». Также могут быть намечены конкретные действия при новом способе обращения с людьми (например: «Пусть кто-нибудь пройдет перед вами без очереди», «Сделайте кому-нибудь комплимент», «Вспомните кого-нибудь, кто не имеет о вас никакого представления, и попытайтесь понять, что чувствует этот человек»). Вместе эти три стратегии определяют когнитивные, эмоциональные и поведенческие цели вмешательства.

Использование перечня конкретных проблем поможет сосредоточить обсуждение психотерапии вокруг определенных проблем. В случае Дэвида (описанный выше адвокат) список проблем включал плохое настроение, а также трудности в работе, в отношениях с коллегами и в семейных отношениях. Для каждой проблемы психотерапевт Дэвида искал мысли и формы поведения, которые отражали бы патологически нарциссический паттерн грандиозности, недостаток эмпатии и гиперсенситивность к оценке другими.

В работе с автоматическими мыслями Дэвида простое смещение центра внимания от «Я» к «мы» или «они» часто было полезно в переориентации его увлеченности собой. Подобно многим нарциссическим пациентам, Дэвид имел тенденцию к персонализации ситуаций и событий. Он помещал себя в центр действия и обычно не учитывал, что окружающие могут реагировать на что-то еще, кроме него. Ролевые игры и обмен ролями помогли Дэвиду выйти за рамки своих эмоциональных реакций. Он также был склонен к основанному на эмоциях дихотомическому мышлению и к слишком обобщенным умозаключениям. Он был способен к логической аргументации при разрешении юридических споров на работе, но с большим трудом находил альтернативы в своей личной жизни. Постоянная проверка дисфункциональных автоматических мыслей на психотерапевтических сессиях помогла Дэвиду выработать привычку ставить под сомнение обоснованность своих мыслей относительно себя.

Хотя вне консультации психотерапевта изменения проявлялись в ограниченной форме и медленно, психотерапевт способствовал тому, чтобы Дэвид проверил несколько альтернативных основных убеждений, таких как «Другие люди также имеют значение» или «Каждый в некотором отношении уникален». Ему стало ясно, что эти альтернативы — не просто «лучшие способы мышления», а варианты, которые в отдаленной перспективе могут быть полезны для него. В табл. 11.2 приведены некоторые альтернативы, предложенные различными нарциссическими пациентами. Главной составляющей реализации этих новых, альтернативных установок было определение способов мышления и деятельности, которые согласовывались бы с данным убеждением. Таким образом, с каждым убеждением были связаны определенные способы мышления, деятельности и чувствования. Например, Дэвид проверял убеждение «Каждый по-своему уникален», решив в течение двух недель отмечать что-то особенное в каждом, с кем он сталкивался. Затем он различным образом действовал в соответствии с этим убеждением, включая свои комплименты в качестве реакции на то, что он отметил, и положительные отзывы о коллегах ввиду их особых умений. Наконец психотерапевт помог Дэвиду сосредоточить внимание на положительных ощущениях, которые он мог получить от новых убеждений, и предостерег его от игнорирования или опошления этих чувств.

Принципы взаимодействия психотерапевта и пациента

Пристальное внимание к психотерапевтическим отношениям — важная часть когнитивной психотерапии НРЛ. Нарциссизм определяется отклонениями в том, как эти люди относятся к окружающим и что они думают о себе по сравнению с другими. Когнитивная психотерапия обеспечивает превосходную возможность провести некоторую коррекцию межличностных отношений нарциссических личностей.

Реакции психотерапевтов на нарциссических пациентов заслуживают особого внимания. Как и в случае с большинством расстройств личности, работа с нарциссическим пациентом может быть сложной и весьма напряженной. Хотя перенос и контрперенос не являются центральными механизмами лечения в когнитивной психотерапии, рассмотрение психотерапевтических отношений — неотъемлемая часть когнитивного подхода. Чтобы эффективно устанавливать границы психотерапевтических отношений и использовать свои реакции в процессе лечения, когнитивные психотерапевты должны прежде всего быть сенситивными наблюдателями собственных мыслей, чувств

и убеждений.

Во-вторых, когнитивные психотерапевты должны практиковаться в использовании тщательно спланированного во времени выборочного самораскрытия собственных реакций. Эти реакции могут рассматриваться как «экспериментальные доказательства» вероятного влияния пациентов на людей из своего окружения.

В-третьих, психотерапевты должны находить способы справляться с собственными реакциями, которые могут быть сильны и весьма негативны в случае с этим типом пациентов. Они должны работать с этими реакциями, возможно, прослеживая и проверяя автоматические мысли, чтобы избежать неуместного напряжения и быть в состоянии продолжать психотерапию. Психотерапевты также должны осознавать свои слабые места в процессе психотерапии, такие как проблемы доверия или озабоченность одобрением и собственным всемогуществом.

Существуют некоторые предсказуемые реакции психотерапевта на нарциссических пациентов. Эти реакции иногда даже могут быть главным признаком, указывающим на наличие нарциссизма как части клинической картины. Первоначально психотерапевты могут испытывать удовольствие, находясь в компании нарциссических личностей. Это происходит прежде всего тогда, когда пациенты льстят психотерапевтам, идеализируя их и относясь к ним как к особенным и очень важным людям. Это может затруднять понимание характера проблемы пациентов и фактически препятствовать продвижению психотерапии. В психотерапии семейных пар или семейной психотерапии психотерапевт должен быть особенно внимателен к лести со стороны нарциссических пациентов, которые пытаются заключить с психотерапевтом особый союз, чтобы нарциссический пациент и психотерапевт стояли «выше» других «идентифицированных пациентов». Очень важно проводить различие между искренней благодарностью пациента за помощь психотерапевта и манипулятивной лестью, которая является частью патологии.

Ощущение потенциальной совместной работы, которое возникает в результате нарциссической лести в начале психотерапии, может смениться нарастающим раздражением и фрустрацией, вызванными тем, что пациент не выполняет согласованных планов. Нарциссическим пациентам обычно сложно самим предпринимать способствующие процессу лечения усилия как в кабинете психотерапевта, так и за его пределами. Они будут ждать, как все произойдет само собой и кто-то другой сделает за них работу. Их поведение направляется двумя допущениями: «Никто не помогает мне в достаточной мере» и «Я заслуживаю того, чтобы для меня обо всем позаботились». Они могут категорично утверждать, что прилагают все усилия, чтобы делать то, что требуется, но при этом недостает доказательств выполнения ими определенных заданий. Когда психотерапевт пытается указать на то, что он ожидает взаимных усилий, пациенты могут дискредитировать психотерапевта или лечение и демонстрировать откровенное безразличие, презрение или гнев.

Нарциссические пациенты могут утверждать, что психотерапевт неспособен понять уникальный характер их проблемы, таким образом они блокируют попытки психотерапевта помочь им. Одна пациентка демонстрировала это, несколько раз обратившись к директору клиники с просьбой о том, чтобы ей предоставили психотерапевта «более высокой» квалификации, который мог бы иметь дело с таким «сложным случаем», как у нее; она была не в состоянии понять, что с ней уже работал самый авторитетный специалист этого агентства. Другие нарциссические пациенты могут осложнять сотрудничество своей пассивностью, постоянными отклонениями от темы или, наконец, стабильной неспособностью выполнять согласованные планы. Они также могут резко прервать психотерапию из-за нереализованных ожиданий, не обсудив своего намерения с психотерапевтом. Чтобы предупредить все эти проблемы, важно указать, что для нормального хода психотерапии необходимы совместные усилия.

При работе с нарциссическими пациентами психотерапевт может стремиться работать напряженнее, чтобы получить одобрение пациента. По мере того как психотерапевт пытается использовать различные стратегии для вовлечения пациента в процесс психотерапии, например более или менее структурированные сессии, фрустрация возрастает. Иногда это нравится пациенту, и он продолжает заниматься психотерапией, но очевидно, что это не всегда приводит к каким-либо изменениям. Пациент и психотерапевт могут быть разочарованы ходом психотерапии, если не выделены важные нарциссические проблемы грандиозности, гиперсенситивности к оценке и отсутствия эмпатии. Психотерапевты должны быть внимательными к своим собственным дихотомическим атрибуциям, в результате которых вина за застой в психотерапии возлагается на «плохих» или «трудных» пациентов или на себя как «плохого» психотерапевта. Психотерапия может зайти в тупик, поскольку каждая из сторон неадекватно подходит к решению проблем личности.

Необходимо устанавливать определенные границы для отношений, чтобы препятствовать проявлению нарциссических установок и поведения в ходе психотерапии. Поведение пациентов в ходе психотерапии должно быть приемлемым и продуктивным, и не следует позволять им нарушать личные права психотерапевтов. Для этого важно последовательно придерживаться тех расценок и графика работы, которые первоначально были установлены психотерапевтом. Сюда может входить и

соблюдение других общих правил, например запрет курения в кабинете. В некоторых случаях психотерапевт должен защитить свои физические права, поскольку нарциссические пациенты могут нарушать его личное пространство или заигрывать с ним (например, передвигать стул, чтобы сидеть поближе к психотерапевту, или постоянно пытаться прикоснуться к нему). Выборочное использование обратной связи относительно мыслей и реакций психотерапевта как «реального человека» может быть важным компонентом корректирующего опыта. Такое поведение «в рамках психотерапии» может открыто ограничиваться; в то же время можно исследовать его возможные связи с дисфункциональными схемами. Затем может быть обсуждено альтернативное поведение.

Будучи гиперсенситивными, нарциссические личности могут чрезмерно реагировать на любую обратную связь. Психотерапевтам следует избегать критического, обвиняющего тона голоса и следить за реакциями и мыслями пациентов. Чрезмерная реакция на психотерапевтическое взаимодействие часто дает хорошую возможность для разъяснения когнитивной модели и вмешательства по основным проблемам. Даже небольшие, но основанные на сотрудничестве взаимодействия могут быть очень полезны для преодоления у пациентов чрезмерной увлеченности собой.

Мы согласны с замечанием Фрэнсиса (Frances, 1987) об абсолютной необходимости поддержания собственной самооценки и беспристрастности при лечении нарциссических пациентов. Нельзя слишком лично воспринимать ни лесть, ни девальвацию психотерапии со стороны пациента. Следует не поддаваться искушению наклеить ярлык на нарциссического пациента и отказаться от него. Такое «наклеивание ярлыков» обычно отражает отчаяние психотерапевта относительно прогресса в лечении. Психотерапевт может думать, что у пациента с НРЛ установки и поведение настолько прочны, что он никогда не изменится. Психотерапевт также может думать, что он впустую тратит время на человека, который настолько сосредоточен на себе и так плохо относится к другим. Но, вместо того чтобы отказываться от работы, психотерапевт может пересмотреть свое представление об этом расстройстве и попытаться поставить некоторые обоснованные, краткосрочные цели. Так, он может работать над одним определенным убеждением в каком-либо конкретном контексте, например пытаться помочь пациенту лучше осознавать чувства друга или супруга, или даже чувства психотерапевта, вместо того чтобы пытаться заставить его более внимательно относиться ко всем людям.

Дополнительные лечебные вмешательства

Методы поведенческой психотерапии и другие дополнительные вмешательства могут играть важную роль в когнитивной психотерапии нарциссизма. Такие пациенты часто демонстрируют поведение, которое является разрушительным по отношению к окружающим, например физическая или вербальная агрессия или сексуальные домогательства, и это поведение следует ограничивать и изменять. Если не предпринять попыток изменить агрессивное поведение нарциссической личности, психотерапия этого расстройства останется неполной. Предупреждение поведенческой реакции или планирование действий в непредвиденных обстоятельствах могут помочь преодолеть вредные привычки (например, пьянство, расточительность, тунеядство). Когнитивные вмешательства могут быть полезны для оценки мыслей, предшествующих вредной привычке или препятствующих более желательному поведению. Определенные когнитивные структуры также могут служить средством, с помощью которого можно выявлять более адаптивное или желательное поведение и управлять им. Например, фраза «Лучше какая-то работа, чем никакой» помогала Дэвиду сосредоточиться на работе.

Другие дополнительные вмешательства часто включают психотерапию семейных пар или семейную психотерапию. В случае Дэвида брачная психотерапия помогла ему развить эмпатию к значимому другому и установить с ним отношения сотрудничества. Психотерапевты должны понимать, что нарциссический пациент иногда будет приходить на лечение под давлением семьи или супруга и настаивать на том, что проблема создана другими людьми. Члены семьи или супруг могут помочь указать на то, что проблемы кроются во взаимодействии между людьми Они также могут показать нарциссическому пациенту необходимость некоторых изменений в поведении и помочь в разработке планов действий в непредвиденных обстоятельствах. В некоторых случаях для поддержания взаимодействия между значимыми другими и нарциссической личностью абсолютно необходимы очевидные поведенческие изменения.

В одной семье, где было три приемных сына в возрасте 14, 19 и 20 лет, имелись многочисленные проблемы, включая нарциссическую личность старшего сына. Родители, Эми и Джон, ходили на семейную психотерапию в первый год их совместной жизни; они сообщали о многочисленных конфликтах в семье, особенно в связи со старшим сыном Роем.

После окончания средней школы Рой работал лишь время от времени, когда «был на это настроен». Он не вносил денег в семейный бюджет, не занимался работой по дому и ждал, что его будут обеспечивать продуктами, кормить и стирать для него. Его комната была увешана изображениями его

самого. На деньги, которые ему подарили по случаю окончания школы, Рой купил в рассрочку дорогой новый грузовик яркого цвета. Он тратил свободное время на то, что катался на машине «в поисках цыпочек», только изредка звоня домой, чтобы сообщить, где он находится. Эми и Джон были обеспокоены тем, что он ведет бесцельное существование, и обижались на то, как он использует их дом, не давая ничего взамен.

Начальные изменения в семье заключались в том, что от Роя требовалось или вносить некоторую сумму денег на содержание жилья и питание и платить за грузовик, или в противном случае столкнуться с потерей этих привилегий. Рой, как ожидалось, должен был сам заниматься стиркой, помогать убирать со стола после еды и выполнять работы по содержанию дома и благоустройству территории вокруг него. Рой полагал, что эти ожидания были необоснованными, и проявлял враждебность и недовольство в ответ на требования родителей.

Джон и Эми занимали последовательную позицию и отказались помогать Рою, когда он задерживал платежи за грузовик. Они указали, что он не имел права на бесплатное жилье и питание, и возложили на него дополнительные домашние обязанности, когда он стал брать у них взаймы на оплату грузовика. Эти обязанности рассматривались как «процент» за «просроченную арендную плату» и неоплаченные счета. Если долг Роя за жилье и питание достигал определенного уровня, за этим должно было следовать выселение. К счастью, Рой начал упорно работать и ответственно относиться к выполнению своих обязательств. В ходе дальнейшего лечения Эми оставалась раздраженной из-за того, что Рой думает только о себе и не заботится о других членах семьи, но все-таки Эми и Джон были удовлетворены тем, что поведение Роя изменилось и он по крайней мере стал ответственнее относиться к своим обязанностям.

Выводы

Нарциссические пациенты обычно с трудом поддаются лечению. Не все они согласятся на процедуры, описанные в этой главе. Терпение, настойчивость и доверие при установке соответствующих границ, вероятно, очень помогут психотерапевтам в работе с нарциссическими пациентами. Те же самые психотерапевтические методы можно применять к значимым другим, которые в процессе лечения могут казаться «жертвами» поведения нарциссических личностей. В целом когнитивная психотерапия подает большие надежды как один из способов изменения существенных психологических особенностей клинического нарциссизма.

Глава 12.
Избегающее расстройство личности

Введение

Многие люди, включая пациентов, имеющих различные клинические синдромы, иногда используют избегание, чтобы ослабить тревогу или избежать трудных ситуаций. Избегающее расстройство личности (ИРЛ) характеризуется тотальным избеганием в поведении, эмоциях и когнитивной сфере. Это избегание поддерживают такие когнитивные темы, как самоосуждение, ожидание отвержения в межличностных отношениях и убежденность в том, что неприятные эмоции и мысли невыносимы.

В ходе психотерапии пациенты с ИРЛ сообщают о своем желании любви, принятия и дружбы, но на деле у них обычно мало друзей и они ни с кем не вступают в близкие отношения. Им трудно общаться даже с психотерапевтом. Их частое одиночество и печаль поддерживаются страхом отвержения, который препятствует началу или углублению дружеских отношений.

Типичный пациент с ИРЛ будет иметь убеждения: «Я социально неприспособлен и нежелателен» и «Другие люди выше меня и отвергнут или будут критиковать меня, узнав поближе».

Когда психотерапевт выявляет мысли и неприятные чувства, вытекающие из этих убеждений, пациенты стремятся избегать таких разговоров или «замыкаться», меняя тему, вставая и начиная ходить по комнате или говоря, что их сознание «стало пустым». По мере продвижения психотерапии может обнаружиться, что это эмоциональное и когнитивное избегание сопровождается следующими убеждениями: «Я не могу справиться с сильными чувствами», «Вы подумаете, что я слабый», «Большинство не испытывает таких чувств» и «Если я поддамся этим чувствам, они останутся навсегда; если я проигнорирую их, возможно, когда-нибудь мне станет лучше». Эти пациенты плохо переносят дисфорию как на психотерапии, так и вне ее и с помощью различных действий (иногда даже вредных привычек) стараются отвлечься от своих негативных когнитивных структур и настроений.

Исторический обзор

Термин «избегающая личность» впервые использовал Миллон (Millon, 1969). Он описал эту личность как состоящую из паттерна «активной обособленности», проявляющегося в «страхе и недоверии к другим людям».

«Эти люди постоянно следят за тем, чтобы их побуждения и стремление к любви не привели к повторению боли и страданий, испытанных ими ранее в отношениях с другими людьми. Они могут защищать себя лишь активным уходом от контактов. Несмотря на желание общаться с людьми, они приучились к тому, что лучше игнорировать эти чувства и поддерживать дистанцию в межличностных отношениях» (Millon, 1981, p. 61).

Определение ИРЛ, данное Миллоном, в значительной степени основано на социальной теории научения. Теоретики объектных отношений Бернхэм, Гладстоун и Гибсон (Burnham, Gladstone, & Gibson, 1969) представили концепцию, которая подчеркивает роль мотивации и выводит симптомы ИРЛ из дилеммы «потребность—страх».

«Он имеет выраженную потребность в структурировании внешнего мира и контроле… Его существование зависит от поддержания контакта с объектами…

Сама интенсивность его потребности в объектах также делает их крайне опасными и внушающими страх, так как они могут уничтожить его через отказ от контакта. Следовательно, он боится и не доверяет им.

Один из способов предотвратить или облегчить боль, вызванную дилеммой «потребность—страх» состоит в том, чтобы избегать этого объекта…

Попытки других людей вовлечь его во взаимодействие расцениваются как вторжения, которые грозят дезорганизацией» (p. 27–31).

Точку зрения, более близкую к когнитивному подходу, можно найти в работах Карен Хорни (Horney, 1945), которая описала «избегающего в межличностных отношениях» человека более чем за 40 лет до его определения в *DSM-III-R* : «Имеется невыносимое напряжение при общении с людьми, и одиночество становится главным способом его предотвращения…. Имеется общая тенденция подавлять все чувства, даже отрицать их существование» (p. 73–82). В более поздней работе (Horney, 1950) Хорни дает описание избегающего человека, которое согласуется с когнитивными формулировками:

«По малейшему поводу или вообще без такового он чувствует, что другие презирают его, не воспринимают его серьезно, не хотят находиться в его компании и фактически пренебрегают им. Его презрение к самому себе… заставляет его… сильно сомневаться относительно отношения других к нему. Не принимая себя таким, какой он есть, он не может поверить, что другие, зная все его недостатки, могут проявлять к нему дружеское отношение или хорошо думать о нем» (p. 134).

ИРЛ мало исследовано с когнитивных позиций. В этой главе мы покажем, как изучение автоматических мыслей, основных допущений и схем пациентов с ИРЛ может вести к некоторому пониманию, которое поможет описать развитие этого расстройства и поддерживающие его факторы. После достижения такого понимания предлагаются клинические стратегии, которые могут помочь изменить проблемные мысли и формы поведения, так же как основные допущения и убеждения, которые способствуют сохранению этого расстройства.

Дифференциальная диагностика

В табл. 12.1 собраны критерии *DSM-III-R* (APA, 1987) для ИРЛ. Очевидно, что особенности этого расстройства пересекаются с другими диагностическими категориями, особенно с шизоидным расстройством личности, социальной фобией и агорафобией. Поэтому для дифференциальной диагностики важно, чтобы психотерапевт расспросил пациента об убеждениях и значениях, связанных с различными симптомами.

Таблица 12.1. Диагностические критерии избегающего расстройства личности по *DSM-III-R*

Тотальный паттерн социального дискомфорта, страха негативной оценки и робости, проявляющийся с ранней взрослости и существующий в различных контекстах, на что указывают по крайней мере *четыре* признака из следующих:

1) легко обижается на критику или неодобрение;

2) не имеет никаких близких друзей или товарищей (или только одного), не считая ближайших родственников;

3) не желает сходиться с людьми, если не уверен, что его любят;

4) избегает социальных или профессиональных действий, которые предполагают существенный

межличностный контакт, например отказывается от продвижения по службе, которое связано с новыми требованиями в общении с людьми;

5) сдержан в ситуациях общения из-за боязни, что скажет что-нибудь неуместное или глупое или не сможет ответить на вопрос;

6) боится смутиться оттого, что покраснеет, заплачет или обнаружит признаки тревоги перед другими людьми;

7) преувеличивает потенциальные трудности, физические опасности или риск в каком-либо обычном, но непривычном для него деле, например женщина может отменить встречу, потому что полагает, что устанет, добираясь до места встречи.

Примечание. Из «Руководства по диагностике и статистической классификации психических расстройств» (3-е изд., перераб.), (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd ed., rev.). American Psychiatric Association, 1987, Washington, DC: Author, p. 352–353). ©1987, Американская психиатрическая ассоциация. Воспроизведено с разрешения.

Например, и избегающее и шизоидное расстройства личности характеризуются недостатком близких отношений. Однако избегающие пациенты стремятся к установлению дружеских отношений и обеспокоены критикой — два признака, не свойственные шизоидным пациентам, которые удовлетворены своей малой социальной активностью и безразличны к критике.

ИРЛ имеет некоторые общие когнитивные и поведенческие особенности с социальной фобией и агорафобией. Но в то время как люди с социальным фобиями боятся унижения и низко оценивают свои социальные навыки, они избегают не близких отношений, а лишь некоторых социальных обстоятельств (таких как речь перед большой аудиторией или многолюдные вечеринки). У пациентов с агорафобией могут проявляться формы поведения, подобные отмечающимся у пациентов с ИРЛ. Однако избегание агорафобических пациентов связано с боязнью находиться в месте, где недоступна неотложная медицинская помощь, а не с боязнью близости.

При диагностике ИРЛ также следует учитывать, что такие пациенты часто ищут лечения сопутствующих расстройств Оси I. Это могут быть тревожные расстройства (например, фобия, паническое расстройство, генерализованное тревожное расстройство), эмоциональные расстройства (такие как большая депрессия или дистимия), злоупотребление психоактивными веществами и расстройство сна.

Важно, чтобы правильный диагноз ИРЛ был поставлен в начале психотерапии. Как будет указано ниже, расстройства Оси I можно успешно лечить стандартными когнитивными методами, если психотерапевт применяет стратегии, направленные на преодоление типичного избегания, которое в противном случае может блокировать продвижение к успеху лечения.

Соматоформные и диссоциативные расстройства также могут сопутствовать ИРЛ, хотя не так часто. Соматоформные расстройства могут развиться в связи с тем, что физические проблемы оказываются хорошим поводом для социального избегания. Диссоциативные расстройства имеют место тогда, когда когнитивные и эмоциональные паттерны избегания принимают настолько крайние формы, что пациенты испытывают проблемы с идентичностью, памятью или сознанием.

Теоретическое осмысление

Пациенты с ИРЛ хотят иметь близкие отношения, но обычно имеют мало социальных контактов. Они боятся проявлять инициативу при установлении отношений с людьми или отвечать на попытки других людей установить с ними отношения, потому что уверены, что их отвергнут. Они рассматривают такое отвержение как невыносимое. Их социальное избегание обычно очевидно. Однако менее очевидно их когнитивное и эмоциональное избегание, при котором они избегают думать о том, что заставляет их чувствовать дисфорию. Их низкая устойчивость к дисфории также приводит к тому, что на поведенческом уровне они пытаются отвлечься от своих негативных когнитивных структур. В этом разделе объясняются социальная, поведенческая, когнитивная и эмоциональная формы избегания с когнитивной точки зрения.

Социальное избегание

Схемы

Для избегающих пациентов характерны несколько долговременных дисфункциональных убеждений, или схем, которые препятствуют социальному функционированию. Эти убеждения могут быть не вполне ясно сформулированы, но отражают понимание пациентами себя и других. Детьми они, вероятно, имели значимого человека (родитель, сиблинг, сверстник), который резко критиковал и

отвергал их. На почве взаимодействия с этим человеком у них сформировались определенные схемы, например: «Я неадекватен», «Я дефектен», «Я непривлекателен», «Я отличаюсь от других», «Я неприспособленный». У них также формируются схемы относительно других людей: «Людям на меня наплевать», «Люди отвергнут меня». Однако не все дети, столкнувшиеся с критическим, отвергающим значимым другим, станут избегающими личностями. Избегающие пациенты должны делать некоторые допущения, чтобы объяснить негативные взаимодействия: «Должно быть, я плохой человек, раз моя мать так ужасно обращается со мной», «Я, видимо, не такой, как все, или дефектный, — вот почему у меня нет друзей», «Если мои родители не любят меня, как же меня полюбит хоть кто-нибудь?»

Страх отвержения

Детьми и позже, в зрелом возрасте, избегающие пациенты делают ошибку, предполагая, что другие реагируют на них тем же самым негативным образом, как и критически важный для них человек. Они постоянно боятся, что другие обнаружат их недостатки и отвергнут их. Они боятся, что не смогут перенести дисфорию, которая, как они полагают, появится в результате отвержения. Поэтому они избегают социальных ситуаций и отношений, иногда строго ограничивая свою жизнь, чтобы не испытывать боли, когда кто-то обязательно (по их мнению) отвергнет их. Это ожидание отвержения вызывает дисфорию, которая сама по себе чрезвычайно болезненна. Но перспектива отвержения еще более болезненна, потому что избегающие пациенты рассматривают негативные реакции других как оправданные. Они интерпретируют отвержение очень персонально, как вызванное исключительно их личными недостатками: «Он отверг меня, потому что я неадекватен», «Если он считает меня глупым (непривлекательным и т. д.), должно быть, это действительно так». Эти атрибуции порождаются их негативными схемами себя и в свою очередь укрепляют дисфункциональные убеждения, приводя к тому, что пациенты чувствуют себя еще более неадекватными и безнадежными. Поэтому они стремятся избегать дисфории, вызванной предсказаниями об отвержении и атрибуциями собственной неадекватности, избегая вступать в отношения с людьми.

Самокритика

Находясь в социальных ситуациях либо ожидая столкнуться с такими ситуациями в будущем, избегающие пациенты часто имеют ряд самокритических автоматических мыслей. Эти мысли вызывают дисфорию, но редко оцениваются, поскольку пациенты предполагают, что они справедливы. Эти мысли являются результатом вышеописанных негативных схем. Типичные негативные когнитивные структуры таковы: «Я непривлекателен», «Я скучен», «Я глуп», «Я неудачник», «Я жалок», «Я неприспособленный».

Кроме того, и до, и в течение социальных контактов избегающий пациент имеет ряд автоматических мыслей, которые предсказывают (в негативном направлении), что произойдет: «Мне будет нечего сказать», «Я поставлю себя в глупое положение», «Он не будет меня любить», «Он будет меня критиковать». Пациенты могут и осознавать, и не осознавать эти мысли, но всегда чувствуют связанную с ними дисфорию. Даже когда они осознают свои когнитивные структуры, они принимают их как обоснованные, не проверяя, правильно ли они воспринимают себя и других. Их методом преодоления дисфории является избегание.

Они активно избегают ситуаций, которые, по их мнению, могут активизировать негативные когнитивные структуры и вызывать дисфорию.

Основные допущения о взаимоотношениях с людьми

Схемы избегающих пациентов также порождают дисфункциональные допущения относительно взаимоотношений с окружающими. Пациенты могут полагать, что в основном непривлекательны, но что если им удастся скрыть свое истинное «Я», они смогут обмануть других, по крайней мере хотя бы немного или на некоторое время. Избегающие личности считают, что должны избегать сближаться с людьми, чтобы те не обнаружили «правды» о них — что они неадекватны, «не такие, как все» и т. п. Типичные основные допущения таковы: «Я должен притворяться, чтобы нравиться людям», «Если бы другие действительно знали меня, они бы не захотели общаться со мной», «Как только они узнают меня, они увидят, что я плохой», «Близко подпускать к себе людей опасно — они могут увидеть подлинного меня».

Если избегающие пациенты все же устанавливают более-менее близкие отношения, они делают допущения по поводу того, что нужно делать, чтобы эти отношения сохранить. Они могут идти на слишком многое, чтобы избежать конфронтации, и могут быть весьма застенчивыми. Их типичные

допущения таковы: «Я должен все время доставлять ей удовольствие», «Он будет любить меня, только если я буду делать все, что он хочет», «Я не могу сказать "нет"». Они чувствуют, что постоянно находятся на грани отвержения: «Если я сделаю ошибку, он изменит свое представление обо мне в негативном направлении», «Если я вызову у него недовольство, он перестанет со мной дружить», «Он заметит во мне какой-нибудь недостаток и отвергнет меня».

Неправильная оценка реакций других людей

Избегающие пациенты испытывают трудности при оценке реакций других людей. Они могут по ошибке воспринять нейтральную или положительную реакцию как негативную. Они могут искать положительные реакции от людей, чье мнение не играет никакой роли в их жизни, таких как продавцы в магазине или водители автобусов. Для них очень важно, чтобы никто не думал о них плохо, что обусловлено следующим убеждением: «Если кто-то оценивает меня негативно, эта критика, должно быть, справедлива». Избегающие личности боятся ситуаций, когда их оценивают, потому что негативная и даже нейтральная реакция других людей подкрепляет убежденность в собственной «неадекватности» и «дефектности». У них нет внутренних критериев для положительной оценки самих себя: вместо этого они полагаются исключительно на свое восприятие оценок, данных им другими людьми.

Игнорирование позитивной информации

В тех случаях, когда избегающие личности получают неопровержимые доказательства того, что другие принимают и любят их, они склонны игнорировать эти факты и считают, что им просто удалось обмануть другого человека или он имеет неполную информацию. Их типичные автоматические мысли таковы: «Он думает, что я умная, но я просто обманула его», «Если бы она *действительно* знала меня, я бы ей не понравился».

Случай из практики

У Джейн классический случай избегающего расстройства личности. Она воспитывалась матерью-алкоголичкой, имевшей пограничное расстройство личности и склонной к вербальной и физической агрессии. Джейн пыталась понять поведение матери и пришла к выводу, что сама — недостойный человек и заслужила, чтобы с ней так обращались. При этом в поведении Джейн не было ничего плохого, она вела себя очень хорошо и изо всех сил старалась доставить матери удовольствие. Тогда Джейн сделала вывод, что мать обращалась с ней так плохо, потому что она (Джейн) была плоха в глубине души. (Объяснить поведение матери проблемами самой матери Джейн и в голову не приходило.) В свои 30 лет Джейн по-прежнему боялась, что если другие люди узнают, какая она на самом деле плохая и никчемная, ее отвергнут.

Перед каждым социальным контактом у Джейн было множество автоматических мыслей. Она была крайне самокритичной и предсказывала, что люди ее не примут. Она предполагала, что не понравится людям, все поймут, что она неудачница, ей будет нечего сказать. Для Джейн было очень важно, чтобы каждый, кого она встречала, реагировал на нее позитивно. Она расстраивалась, если чувствовала, что кто-то даже в самом мимолетном контакте реагировал негативно или нейтрально. Если продавец газет не улыбнулся ей или продавец в магазине был слегка груб, Джейн автоматически думала, что это, должно быть, потому что она казалась никчемной и неприятной. Тогда она чувствовала себя совершенно несчастной. Даже когда она получала позитивную обратную связь от подруги, она игнорировала ее. Джейн полагала, что успешно притворяется, а если подруга узнает ее «настоящую», то разорвет отношения. Естественно, что в результате у Джейн было мало друзей, а близких друзей не было вообще.

Когнитивное, поведенческое и эмоциональное избегание

В дополнение к социальному избеганию многие избегающие пациенты также демонстрируют когнитивное, поведенческое и эмоциональное избегание. Они избегают *думать* о проблемах, которые вызывают дисфорию, и действуют так, чтобы сохранить это избегание. Появляется следующий типичный паттерн.

Избегающие пациенты осознают чувство дисфории. (Они могут полностью осознавать или не осознавать мысли, которые предшествуют этой эмоции или сопровождают ее.) Их устойчивость к дисфории низка, поэтому они принимают «дозу», чтобы отвлечься и чувствовать себя лучше. Они могут

бросить начатое дело или быть не в состоянии приступить к делу, которое планировали. Они могут включить телевизор, взять что-нибудь почитать, перекусить или закурить, встать и походить по комнате и т. д. Короче говоря, они стараются отвлечься, чтобы вытеснить из сознания неудобные мысли. Этот паттерн когнитивного и поведенческого избегания, подкрепляющийся снижением дисфории, в конечном счете становится прочно укоренившимся и автоматическим.

Пациенты, по крайней мере до некоторой степени, осознают свое поведенческое избегание. Они постоянно огульно и категорично критикуют себя: «Я ленив», «Я неизлечим», «Я пассивно-агрессивен». Такие утверждения укрепляют убеждения в своей неадекватности или дефектности и ведут к безнадежности. Пациенты не понимают, что их избегание — способ преодоления неприятных эмоций. Они вообще не осознают своего когнитивного и поведенческого избегания, пока этот паттерн не становится для них ясен.

Установки относительно преодоления дисфории

Избегающие пациенты могут иметь определенные дисфункциональные установки к переживанию дисфорических эмоций: «Плохо чувствовать себя плохо», «Я не должен беспокоиться», «Я должен всегда чувствовать себя хорошо», «Другие люди редко испытывают страх, бывают растеряны или плохо себя чувствуют». Избегающие пациенты полагают, что если они позволят себе дисфорию, то будут охвачены этим чувством и никогда не смогут оправиться от него: «Если я дам волю своим чувствам, это разрушит меня», «Если я почувствую небольшую тревогу, я дойду до точки», «Если я почувствую себя хуже, это выйдет из-под контроля и я буду неспособен действовать». В отличие от страдающих анорексией, которые боятся поведенческих последствий потери контроля (переедание), избегающие пациенты боятся непреодолимой эмоции, которая, по их мнению, возникнет, если они утратят контроль. Они боятся, что увязнут в дисфории и всегда будут плохо себя чувствовать.

Оправдания и рационализации

Избегающие пациенты очень хотят достичь своей долгосрочной цели — установления близких отношений. Этим они отличаются от шизоидных пациентов, для которых недостаток близости с другими согласуется с их представлением о себе. Избегающие пациенты ощущают пустоту и одиночество и хотят изменить свою жизнь, завести близких друзей, найти лучшую работу и т. д. Они понимают, что для этого нужно, но не решаются испытать негативные эмоции. Они находят тысячи объяснений тому, почему они ничего не делают, чтобы достичь своих целей: «Мне будет неприятно», «Это утомительно», «Я сделаю это позже», «Я не хочу делать это сейчас». Когда наступает «потом», они всегда приводят те же самые оправдания, продолжая поведенческое избегание. Кроме того, избегающие пациенты уверены, что все равно не достигнут своих целей. Характерны такие допущения: «Я ничего не могу изменить», «Что толку пытаться? У меня все равно ничего не получится».

Принятие желаемого за действительное

Избегающие пациенты, думая о своем будущем, могут принимать желаемое за действительное. Они полагают, что в один прекрасный день совершенные отношения или совершенная работа появятся сами по себе, без каких-либо усилий с их стороны. Это связано с Тем, что они не верят, что могут добиться этого своими силами: «Однажды я проснусь и все будет прекрасно», «Я не могу сам сделать свою жизнь лучше», «Все может стать лучше, но это будет зависеть не от меня». Этим избегающие пациенты отличаются от навязчивых пациентов, которые действительно не верят в то, что когда-нибудь избавятся от своих проблем.

Случай из практики

Джейн, описанная выше пациентка, работала, не до конца реализуя свои способности. Однако она избегала предпринимать шаги, которые могли бы привести к получению лучшей должности: поговорить с начальником о продвижении по службе, искать другое место работы, рассылать резюме. Она постоянно надеялась на то, что что-то произойдет и ситуация изменится. С такими же установками она пришла и на психотерапию. Джейн ожидала, что ее психотерапевт «вылечит» ее, а она сама приложит к этому мало или вообще никаких усилий. Фактически Джейн полагала, что «лечение» должно осуществляться извне, так как ее попытки измениться самостоятельно были безрезультатными.

Теоретическое резюме

Избегающие пациенты, таким образом, имеют укоренившиеся негативные убеждения о себе, вероятно, происходящие из детства, когда взаимодействия с отвергающим, критически настроенным значимым человеком привели к тому, что они стали считать себя неадекватными и никчемными. При общении они избегают ситуаций, в которых другие люди могли бы сблизиться с ними и обнаружить, какие они на самом деле. В поведенческой сфере избегающие личности избегают задач, которые вызвали бы мысли, способные заставить их чувствовать дискомфорт. В когнитивной сфере они избегают думать о вопросах, которые вызывают дисфорию. Они очень плохо переносят чувство дискомфорта и всякий раз принимают «дозу», когда начинают чувствовать беспокойство, грусть или скуку. Они недовольны текущим состоянием дел, но полагают, что не могут ничего изменить.

Подходы к лечению

Проблема доверия

Как и с большинством пациентов с расстройствами личности, психотерапевтические отношения с пациентами с ИРЛ сами по себе предоставляют хорошую возможность для проверки дисфункциональных мыслей, допущений и схем. В отличие от некоторых пациентов с расстройствами личности (например, пограничные, параноидные), с которыми проблемы доверия сосредоточены на боязни того, что психотерапевт причинит им вред, избегающие пациенты не верят в искренность заботы психотерапевта и боятся отвержения. Они часто имеют массу негативных когнитивных структур относительно психотерапевтических отношений, так же как и относительно других отношений. Процесс выявления и проверки этих дисфункциональных мыслей в ходе психотерапии может служить моделью для подобных действий в других отношениях.

Даже когда избегающие пациенты осознают свои автоматические мысли о психотерапевте или взаимоотношениях с ним, они обычно не хотят показывать их сразу. Они часто предполагают наличие критического отношения к ним («Вы, должно быть, думаете, что я не сделал домашнюю работу достаточно хорошо») и неодобрения («Я расплакалась, и вам противно на это смотреть»). Избегающие пациенты также могут не принимать в расчет прямое выражение психотерапевтом одобрения или заботы: «Я нравлюсь вам лишь потому, что вы психотерапевт и научились любить каждого» или «Вы, наверное, думаете, что у меня все в порядке, но если я расскажу вам о моих отношениях с матерью, вы будете ненавидеть меня».

Эти автоматические мысли можно выявить, когда у пациентов меняются эмоции («Что вы сейчас почувствовали?»), в ходе обсуждения («Предсказываете ли вы, что, на ваш взгляд, я должен сейчас чувствовать или думать?») или к концу сессии («Вы осознавали, как на сегодняшней сессии вы занимались чтением мыслей?.. А когда мы обсуждали ваши трудности с выполнением домашнего задания?»).

Выявленные автоматические мысли можно оценить несколькими способами. Сначала психотерапевт может прямо сказать пациентам, что он думает, и помочь им обнаружить ошибки в мышлении, которые они также могут допускать с другими людьми. Для пациентов полезно оценить, насколько они верят обратной связи психотерапевта (используя шкалу 0 % — 100 %), и проследить, как меняются их убеждения по мере того, как растет доверие к психотерапевту. После нескольких таких прямых высказываний пациентам можно предложить оценить их негативные когнитивные структуры, связанные с психотерапевтическими отношениями, с учетом опыта, полученного при общении с психотерапевтом («Вы помните, как я реагировал последний раз, когда вы не выполнили домашнее задание?»). Пациенты также могут проверить свои автоматические мысли, участвуя в маленьких экспериментах. Как показывает следующий пример, пациентов можно попросить рассказать о каком-либо небольшом эпизоде, в котором, по их мнению, психотерапевт расценивает их поведение как неприемлемое, и перечислить основания для этого убеждения.

Одна пациентка была уверена, что психотерапевт будет чувствовать отвращение к ней, потому что она изменяла мужу. Этот фрагмент из психотерапевтической сессии демонстрирует, как психотерапевт работал с автоматической мыслью и затем изменил тему для выявления и оценки допущений пациента, касающихся психотерапевтических отношений.

Пациентка: Я не могу рассказать вам об этом.

Психотерапевт: Что, по-вашему, случится, если вы все же расскажете?

Пациентка: Вы больше не захотите меня видеть.

Психотерапевт: А если вы не расскажете мне об этом, что вы будете думать?

Пациентка: Я буду думать, что вы заботитесь обо мне только потому, что вы не располагаете этой ужасной информацией.

Психотерапевт: Вы можете себе представить какую-нибудь другую реакцию с моей стороны?

Пациентка и психотерапевт исследуют это в течение нескольких минут; пациентка, опираясь на свой опыт, решает, что психотерапевт может иметь иную реакцию, чем отвержение, хотя ей трудно это представить. Они договариваются, что она проверит это, сообщая информацию небольшими порциями.

Пациентка: Вы знаете, я была несчастна в браке.

Психотерапевт: Да.

Пациентка: Проводить время с Марком во время работы мне нравится больше, чем с мужем.

Психотерапевт: А почему вам нравится проводить время с Марком?

Понемногу пациентка рассказывает, в чем дело, а затем начинает плакать.

Пациентка: Теперь вы видите, что я не такой хороший человек, как вы думали.

Психотерапевт: Итак, вы убеждены, что я рассматриваю ваши отношения с Марком в абсолютных понятиях и должен считать вас либо хорошим человеком, либо плохим?

Пациентка: *(Пауза.)* Да, а разве нет? *(Рыдания прекращаются.)*

Психотерапевт: Это только одна точка зрения. Вы действительно считаете, что я думаю так?

Пациентка: Да, конечно.

Психотерапевт: Какая-нибудь из ваших подруг изменяла мужу?

Пациентка: *(Пауза.)* Да, моя подруга Энн.

Психотерапевт: И вы оцениваете ее поведение исключительно в понятиях нравственности?

Пациентка: Нет. Думаю, я понимаю, почему она это сделала. Она была так несчастна.

В этом диалоге психотерапевт помог пациентке осознать, что ее мышление по этому вопросу было дихотомическим и что она ожидала, что у психотерапевта тот же тип мышления. Помогая пациентке вспомнить ее реакцию на подобное поведение подруги, психотерапевт подвел пациентку к мысли о том, что такое поведение сложнее. Пациентка смогла вспомнить, что продолжала дружить с Энн и помогать ей, хотя и считала, что измена была не лучшим способом преодоления проблем. В результате пациентка смогла поверить, что психотерапевт будет заботиться о ней независимо от того, считает ее поведение разумным или нет. Она смогла понять, что некоторые люди могли бы отвергнуть ее из-за измены мужу, а другие — нет.

Итак, избегающие пациенты неохотно рассказывают о себе, так как боятся, что психотерапевт плохо о них подумает. Поэтому психотерапевт должен спрашивать пациентов, не осталось ли чего-то, что они не решились сообщить. Если эти пациенты не выражают подавленные темы, их убеждение в том, что психотерапевт отвергнет их, узнав правду, будет сохраняться.

Психотерапевт: Мы намного лучше узнали друг друга за время, прошедшее с первой сессии. Есть ли что-то, о чем вы боитесь мне рассказать?

Пациентка: Я не уверена.

Психотерапевт: Иногда пациенты боятся о чем-нибудь сообщить психотерапевту, особенно если думают, что это представит их в невыгодном свете. Это можно сказать о вас?

Пациентка: Да. Кое-что есть. Но я не хочу говорить вам об этом.

Психотерапевт: Как, по-вашему, я на это отреагирую?

Пациентка: Вы подумаете, что я очень плохая.

Затем психотерапевт и пациентка обсудили альтернативные реакции, основанные на прошлом опыте их психотерапевтических отношений. Пациентка рассказала о том, что в детстве подверглась развратным действиям. Психотерапевт рассказала о своей истинной реакции, и они вместе обсудили, почему начальные опасения пациентки были необоснованными.

Избегающие пациенты часто предполагают, что, как только они устанавливают отношения, они должны непрерывно пытаться доставить удовольствие другому человеку. Они считают, что, если сообщат о своих желаниях, другой человек обязательно разорвет отношения. В психотерапии это может вести к чрезвычайному согласию и нежеланию давать психотерапевту негативную обратную связь.

Одним из способов стимулировать у пациентов ассертивность в процессе психотерапии является использование обратной связи психотерапевта в конце сессий. Пациенты могут оценивать психотерапевта по списку качеств, характеризующих как процесс (например, «Психотерапевт внимательно слушал и понимал меня»), так и содержание (например, «Психотерапевт хорошо объяснил домашнее задание»). На следующей сессии психотерапевт может рассмотреть эти оценки и обсудить те из них, которые оказались низкими. Не занимая оборонительной позиции и обсуждая возможные изменения в содержании сессии и психотерапевтическом процессе, психотерапевт может вознаградить пациентов за позитивную критику, скорректировать обоснованное недовольство и продемонстрировать возможность изменения отношений. Затем пациентам можно предложить давать более прямую вербальную обратную связь. Могут быть разработаны эксперименты для выработки уверенности в себе в отношениях с другими людьми. Для тренировки ассертивности в естественных условиях весьма полезны ролевая игра и направленное воображение.

Отдельные вмешательства

Стандартные когнитивные подходы в психотерапии (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979; Beck & Emery with Greenberg, 1985) используют в работе с этими пациентами, чтобы помочь им справляться с депрессией, тревогой, приступами паники, фобиями и бессонницей. Методы выявления противоречий в логике пациента и стандартные письменные поведенческие методы проверки автоматических мыслей и основных допущений могут помочь им противостоять самокритике, негативным предсказаниям, дезадаптивным допущениям об отношениях и неправильной оценке реакций окружающих.

Специальные методы, описанные ниже, могут помочь пациентам с ИРЛ преодолеть когнитивное и эмоциональное избегание, которое в противном случае может препятствовать реализации этих стандартных подходов.

Преодоление когнитивного и эмоционального избегания

Хотя пациенты с ИРЛ испытывают различные дисфорические настроения, нежелательно или невозможно просто научить их устранять депрессию и тревогу. Одна из трудностей, которая может препятствовать стандартной когнитивной психотерапии, состоит в том, что эти пациенты избегают думать о вещах, которые вызывают неприятные эмоции. Кроме того, как описано выше, они имеют много негативных допущений относительно негативных эмоций. Так как когнитивная психотерапия *требует* , чтобы пациент испытал такие эмоции и зафиксировал мысли и образы, сопровождающие различные эмоциональные переживания, это когнитивное и эмоциональное избегание может являться серьезным препятствием для лечения.

Избегающие пациенты не только избегают негативных эмоций между сессиями (например, они часто не могут приступить к выполнению домашнего задания или закончить его), но также избегают чувствовать дисфорию в ходе психотерапевтических сессий (например, они могут быть не в состоянии сообщить о негативных мыслях или сменить тему). Целесообразно изобразить процесс избегания в виде схемы, чтобы пациенты могли узнать, как происходит избегание и что они могут сделать, чтобы его прекратить. В таких ситуациях следует использовать схему процесса избегания, с помощью которой пациенты могут лучше понять, как происходит избегание и что они могут сделать, чтобы его прекратить. Пример такой схемы показан на рис. 12.1. Пациенты должны ежедневно отслеживать подобные паттерны. Нужно разрушить представления пациента о себе как о ленивом или никчемном (но эти качества труднее всего поддаются изменению). При оценке себя с помощью такой схемы пациенты могут лучше понять, что избегают ситуаций, в которых они имеют автоматические мысли, вызывающие дисфорию. Психотерапевт и пациент вместе оценивают эти негативные когнитивные структуры и повышают устойчивость пациента к негативным эмоциям.

Рис. 12.1. Процесс избегания (пример)

Перед началом процесса увеличения устойчивости полезно дать ему логическое обоснование. Через выявление противоречий в своей логике пациенты могут убедиться в недостатках избегания, таких как невозможность достижения своей цели и вероятность того, что положительные эмоции не могут присутствовать в полной мере. Если возможно, психотерапевт и пациент могут исследовать источники избегания дисфории. Часто такое избегание зарождается в детстве в результате того, что пациент был уязвим и не умел справляться с неприятными чувствами.

Один из лучших способов приступить к повышению эмоциональной устойчивости состоит в том, чтобы вызывать эмоции на сессии, обсуждая переживания, в связи с которыми пациенты сообщают о дискомфорте. Когда они начинают интенсивно реагировать, может начаться когнитивное избегание (например, пациенты могут менять тему, вставать и ходить по комнате или чувствовать, что их сознание «стало пустым»). Тогда психотерапевт должен заставить пациента снова испытать знакомые чувства, чтобы начать выявлять и проверять убеждения, приводящие к избеганию. Следующий фрагмент психотерапевтической сессии (Padesky & Beck, 1988, p. 124) иллюстрирует этот процесс.

Пациентка: *(В середине упражнения на воображение.)* Я больше не хочу говорить об этом.

Психотерапевт: Что вы сейчас чувствуете?

Пациентка: Депрессию… и страх — настоящий страх.

Психотерапевт: Что, на ваш взгляд, произойдет, если вы и дальше будете так себя чувствовать?

Пациентка: Я буду очень взволнована, просто сойду с ума, а вы поймете, какая я ненормальная.

Психотерапевт: Как мы уже говорили, чувства, которых вы избегаете, могут дать некоторую полезную информацию. Попробуйте пока остаться с ними. Продолжайте воображать, что

разговариваете со своим мужем. Расскажите мне, что происходит. *(Долгая пауза.)*

Пациентка: *(Рыдая.)* Он собирается бросить меня. Я отвратительный человек, раз сделала его таким несчастным. Теперь пострадают мои дети, и в этом виновата я.

В этой части сессии психотерапевт помог пациентке осознать огорчающие ее мысли и образы и оставаться с ними. В то же время она смогла проверить свою убежденность в том, что «сойдет с ума» и потеряет контроль над собой, если позволит себе испытать сильные эмоции. Психотерапевт напомнил ей об этом предсказании и помог обдумать то, что только что произошло: она испытала сильные эмоции, но вовсе не потеряла контроль.

Такие повторные переживания необходимы для выработки устойчивости к дисфории и ослабления дисфункциональных убеждений пациентов относительно неприятных эмоций. Чтобы уменьшить чувствительность пациентов, можно также выстроить иерархию тем для обсуждения по степени их болезненности. Психотерапевт может выявлять предсказания пациентов относительно того, чего они боятся, и прежде чем обсуждать каждую последующую тему, проверять предсказания и собирать факты, противоречащие ошибочным убеждениям пациентов (например, «Это слишком больная тема», «Я плохо себя почувствую и уже никогда не избавлюсь от этого чувства» и т. д.). Пациенты могут также строить иерархии для заданий вне психотерапии, чтобы повысить устойчивость к негативным эмоциям. Таким заданиям можно дать названия «упражнение на дисфорию» или «действия, направленные против избегания». Они могут включать в себя некоторые формы поведения («Работайте над вашей диссертацией 30 минут без перерыва») или структурированное размышление («Подумайте о том, как сказать боссу, что вам нужно больше свободного времени»). Кроме того, пациентам полезно делать предсказания о том, что именно из того, что их пугает, произойдет при выполнении того или иного домашнего задания, а затем проверять эти предсказания и изменять свои мысли.

Избегающие пациенты часто испытывают затруднения при выявлении своих автоматических мыслей в ходе выполнения домашнего задания (или даже на психотерапевтической сессии). Обычно просьба к пациентам представить и подробно описать ситуацию, как будто это происходит прямо на сессии, помогает выявить эти мысли. Вторым методом является ролевая игра: пациенты играют роль самих себя, а психотерапевт — другого человека, вовлеченного в определенную ситуацию. При проигрывании расстраивающей ситуации пациентам рекомендуется отмечать свои автоматические мысли. Если эти стандартные методы не приводят к успеху, психотерапевт может составить список возможных автоматических мыслей на основе предварительно выявленных мыслей и убеждений данного пациента и на своем понимании пациента. Затем нужно поручить пациенту рассмотреть этот список и определить, какие из указанных в нем мыслей присутствовали в данной ситуации. Этот список можно использовать и в будущем для выявления когнитивных структур в болезненных ситуациях.

Пациентам, которые способны выявлять свои мысли, но не могут выполнять домашние задания, для планирования и выполнения домашнего задания полезно использовать воображение, как показывает следующий пример.

Психотерапевт: Мы договорились, что завтра в полдень вы пойдете в библиотеку работать над обзором литературы для вашей диссертации. Я хотел бы, чтобы вы на мгновение представили себя за несколько минут до полудня и посмотрели, нет ли чего-нибудь такого, что могло бы воспрепятствовать реализации вашего намерения.

Пациент: *(Пауза.)* Хорошо. Я нахожусь в своей квартире, собираю книги и думаю: «Я пойду попозже».

Психотерапевт: И как вы собираетесь ответить на эту мысль?

Пациент: Не знаю. Видимо, никак не отвечу. Наверное, я просто положу книги и никуда не пойду.

Психотерапевт: Если вы не пойдете, поможет ли это достичь вашей цели — закончить диссертацию?

Пациент: Нет.

Психотерапевт: Что вы можете сказать или сделать, чтобы повысить вероятность того, что вы пойдете?

Пациент: Я могу прочитать карточку, которую мы с вами сегодня составили, и вспомнить, что каждая ситуация избегания усиливает мои дисфункциональные привычки, а каждый раз, когда я следую своим планам, я усиливаю свои новые, лучшие привычки.

Психотерапевт: Хорошо. Представьте, что вы начинаете собирать книги и затем берете карточку. Что происходит потом?

Пациент продолжает описывать процесс начала и завершения работы, а также конкретные автоматические мысли, мешающие ему. Вместе с психотерапевтом они придумывают разумные ответы на каждую мысль.

Если необходимо, психотерапевт может применить подход «аргумент — контраргумент»: сначала пациент, следуя своему внутреннему голосу, высказывает свои опасения, мешающие выполнить домашнее задание, а психотерапевт выдвигает аргументы в пользу его выполнения. Затем пациент и психотерапевт меняются ролями, чтобы пациент приобрел опыт активного сопротивления избеганию. Наконец пациент берет карточки и на одной стороне карточек пишет свои автоматические мысли в ситуации избегания, а на другой — контраргументы. Теперь, сталкиваясь с избеганием при выполнении домашнего задания, пациенты могут помогать себе справиться с ним, читая эти карточки.

Переживания на сессиях и между ними, подобные описанным выше, помогут пациентам при выявлении дисфорических мыслей и повышении устойчивости к негативным чувствам. По мере того как повышается такая устойчивость, они могут начинать изменять свое отношение к членам семьи (например, могут стать более уверенными в себе). У них также могут усиливаться печаль, страх или гнев, когда они осознают воспоминания и реакции, которых избегали много лет. В этот момент полезно ознакомить их с когнитивными и поведенческими подходами к преодолению этих настроений.

Психотерапевт может указать, что даже если пациент осознал важность негативных чувств и принимает их, не обязательно и не желательно все время испытывать интенсивные чувства. Пациентам можно дать задание вести дневники чувств и мыслей и затем использовать когнитивное реструктурирование для коррекции искажений. Если они еще не освоили методы когнитивного реструктурирования для оценки и коррекции искаженных убеждений, они могут, записав мысли и чувства, отвлечься, и затем принести дневник на психотерапию для помощи в проверке их мыслей.

Нередко полезно проводить семейную психотерапию с участием супруга (супруги) или родителей пациента. Психотерапевтические сессии могут дать пациентам «безопасную» возможность проверить обоснованность соответствующих убеждений и мыслей. Например, одна пациентка боялась, что ее муж в течение некоторого времени сердился на нее, потому что она не участвовала в благоустройстве территории вокруг дома. На одной из сессий психотерапевт предложил ей поднять этот вопрос. Она сделала это, в результате чего узнала, что ее допущение было неправильным. В ходе сессии ее муж рассказал о других ситуациях, которые его беспокоили; в дальнейшем совместными усилиями они разрешили свои трудности.

Семейная психотерапия особенно важна, когда паттерны избегания поддерживаются социальным окружением пациента. Например, муж другой пациентки имел негативные допущения относительно выражения эмоции («Выражение чувств приводит к конфликтам и наносит непоправимый вред»). Психотерапия с семьей может помочь в работе с дисфункциональными допущениями членов семьи и обеспечивать возможность для обучения конструктивным навыкам общения и решения проблем (например: Beck, 1988).

Выработка навыков

Иногда у пациентов с ИРЛ не хватает навыков из-за их бедного социального опыта. В таких случаях в психотерапию следует включать упражнения по обучению навыкам, чтобы пациенты имели разумные шансы на успех в социальных взаимодействиях, направленных на проверку дисфункциональных убеждений. Для некоторых пациентов обучение социальным навыкам начинается с невербальных сигналов (например, зрительный контакт, поза и улыбка). В этом можно поупражняться на психотерапевтических сессиях, дома и затем в социальных ситуациях с низким риском. Некоторые пациенты со скудным социальным опытом могут нуждаться в определенной информации, чтобы более точно оценивать свои переживания (например, «Если в выходные вы до последней минуты ждете, чтобы спланировать свое время, почти все люди уже будут заняты»). Более глубокое освоение социальных навыков может включать обучение методам ведения беседы, уверенности в себе, сексуальности и управлению конфликтами. Негативные убеждения пациентов относительно себя могут создавать препятствия для применения приобретенных навыков. Им может потребоваться поддержка, чтобы действовать так, «как будто» они обладают некоторым качеством. Например, у одной пациентки была мысль «Я не смогу поддержать беседу на вечеринке. Я недостаточно уверена в себе». Пациентку попросили действовать, как будто она была уверена в себе; и действительно, она обнаружила, что вполне может участвовать в беседе. В ходе поведенческого обучения навыкам важно выявлять автоматические мысли, особенно те, в которых пациенты преуменьшают свои успехи или значение обучения: «Эти упражнения учат меня дурачить людей, чтобы они не видели мою неадекватность», «Только настоящий неудачник может в таком возрасте учиться вести беседу». Затем психотерапевт и пациент работают вместе, чтобы проверить обоснованность и полезность этих убеждений.

Выявление и проверка дезадаптивных схем

Основная часть психотерапии состоит в том, чтобы помочь пациентам в выявлении и проверке когнитивной основы паттернов избегания. Чтобы это сделать, психотерапевт и пациент сначала приходят к пониманию корней негативных схем, связанных с возрастным развитием человека. Затем эти схемы проверяются через прогнозирующие эксперименты, направленное наблюдение и повторное переживание с помощью ролевой игры, основанной на связанных со схемой случаях из раннего детства. Наконец пациентам рекомендуют начать отмечать и вспоминать противоречащие схеме факты о себе и своем социальном опыте. Следующий пример иллюстрирует этот процесс.

В возрасте 24 лет Питер не имел никакого опыта встреч с женщинами и никаких друзей, кроме своего брата. Почти год занимаясь психотерапией, в ходе которой Питер учился выполнять когнитивное реструктурирование, получал основные социальные навыки и даже смог установить постоянные отношения с женщиной, с которой познакомился на работе, но все еще держался за негативную схему «Я непривлекателен».

Психотерапевт и Питер договорились сосредоточиться на проверке обоснованности этого убеждения, так как это, по-видимому, было основной темой его негативных автоматических мыслей. Сначала психотерапевт помог Питеру понять и рассмотреть происхождение этой схемы в его возрастном развитии. Он полагал, что непривлекателен, сколько себя помнил, и его склонный к злоупотреблениям отец подкреплял этот вывод, часто крича на него: «Ты дрянной сын. Лучше бы ты вообще не рождался! В тебе нет ничего хорошего!»

Одним из эффективных методов, который может использоваться, когда пациент вспоминает такие яркие сцены из детства, является диадическая психодрама. Сначала Питер играл роль себя, а психотерапевт — роль отца. Питер должен был заново испытать свои детские чувства в возрасте 4 лет, а затем рассказать об этом. Потом Питер играл роль отца, а психотерапевт — роль 4-летнего Питера. И снова Питер сообщал о своих эмоциональных и когнитивных переживаниях.

В этом случае Питер был способен проявить эмпатию к отцу и осознать депрессию и фрустрацию отца, который был безработным, содержащим трех маленьких детей. Сначала Питер понял, что его отец чувствовал гнев скорее по отношению к самому себе, чем к нему. Со слезами на глазах Питер сообщил: «Моего папу бил его отец, и он не умел любить».

Как только Питер стал больше понимать ситуацию в целом, он смог предположить, что, возможно, не настолько непривлекателен, как считал его отец. На третьем занятии психодрамой Питер смог «опробовать» эту новую точку зрения. Психотерапевт и Питер сначала обсудили, как менее депрессивный и сердитый взрослый мог бы успокоить маленького Питера и помочь ему противостоять нападкам отца. Психотерапевт попросил, чтобы Питер думал о соседском 5-летнем ребенке, чтобы вспомнить поведение маленьких детей и их уровень ответственности за семейные проблемы. Затем Питера попросили снова сыграть 4-летнего себя, но на этот раз он должен был активно защищаться.

Отец: *(Эту роль играет психотерапевт.)* Ты дрянной сын. Лучше бы ты вообще не рождался! В тебе нет ничего хорошего!

Питер: Папа, почему ты так сердишься?

Отец: Я сержусь, потому что ты плохой сын!

Питер: Что я сделал плохого?

Отец: Ты весь день шумишь. И ты — еще один рот, который надо кормить.

Питер: *(Молчит, затем, после подсказки психотерапевта.)* Ты беспокоишься о деньгах?

Отец: Да. Я выхожу из себя, потому что никто не даст мне взаймы. Ты можешь подумать, что я никчемный человек.

Питер: А ты так называешь меня. Я хочу, чтобы ты сердился на людей, которые не дают тебе взаймы, а не на меня.

Отец: Я так и делаю. Но я не могу сказать им об этом. А ты весь день путаешься здесь под ногами.

Питер: Я просто играю, как все четырехлетние дети.

Отец: Это бесит меня. Я не могу наслаждаться своей жизнью.

Питер: Мне действительно жаль, папа. Я хочу, чтобы у тебя все получалось, чтобы ты был счастливее. Тогда ты не будешь так много кричать на меня.

Отец: Я думаю, что кричу на тебя, потому что я несчастен.

Как только Питер понял, что нападки отца обусловлены тем, что тот несчастлив, а не являются следствием обоснованных оценок маленького Питера, он смог понять, что его убежденность в собственной непривлекательности требует более тщательного рассмотрения. Затем Питер и его психотерапевт приступили к проверке схемы в контексте жизненного опыта (Young, 1984).

Используя одну страницу на каждые несколько лет жизни, Питер и психотерапевт собрали факты за и против суждения, что Питер полностью непривлекателен. Питер предположил, что, если эта схема правильна, по мере его взросления будет все меньше пунктов в колонке «свидетельства против», а

количество фактов, внесенных в колонку «свидетельства за», будет возрастать.

Питер обнаружил, что свидетельств его привлекательности было намного больше, чем он себе представлял (у него были друзья, хорошие отношения на работе, его девушка говорила, что любит его). Его убежденность в собственной привлекательности также возросла после того, как он стал жить отдельно от родителей и начал проходить психотерапию. Он стал понимать, что депрессия во время учебы в колледже изолировала его от других и уменьшала возможности для того, чтобы люди его узнали. Наконец, психотерапевт помог Питеру найти альтернативные объяснения фактам, ранее поддерживавшим мнение о непривлекательности.

Обзор негативной схемы в контексте истории жизни не уменьшает силы схемы, даже при наличии убедительных фактов, как в случае Питера. Так как Питер всю жизнь интерпретировал (порой ошибочно) переживания, чтобы подтвердить свою схему, у него не было никакой «привлекательной» схемы, чтобы заменить «непривлекательную». Поэтому заключительная стадия психотерапии включала в себя помощь Питеру в построении и обосновании более позитивной схемы: «Я привлекателен, по крайней мере для некоторых людей».

На этой стадии психотерапии оказались полезными такие методы, как дневники предсказаний, дневники позитивных переживаний и тренировка новых форм поведения в воображении. В дневниках предсказаний Питер записывал свои ожидания относительно результатов социальных событий (например, «Я приглашу десять человек на вечеринку, и ни один не захочет прийти») и действительные результаты («Восемь человек приняли приглашение»). Это помогло Питеру увидеть, что его негативная схема не так хорошо предсказывала события.

Кроме того, Питер составил список социальных взаимодействий, которые поддерживали новую схему привлекательности. Этот дневник позитивных переживаний заставлял Питера перемещать внимание со случаев отвержения на случаи, когда его принимали или когда общение было приятным. Когда он становился самокритичным и активизировалась негативная схема, он просматривал дневник позитивных переживаний и таким образом вновь активизировал более позитивную схему.

В конце концов, по ходу отказа от мнения о собственной непривлекательности, Питер захотел расширить свою социальную активность: пригласить нескольких человек на обед, устроить большую вечеринку, назначить свидание новой знакомой. Он готовился к этим действиям с помощью воображаемой тренировки с психотерапевтом. Питер испытывал эти переживания в воображении и сообщал психотерапевту, с какими трудностями столкнулся. Затем пациент и психотерапевт обсуждали возможные решения, и Питер снова тренировал в воображении желательное поведение и разговоры, прежде чем применить их в естественных условиях.

Резюме по лечебному процессу

Лечение пациентов с ИРЛ предполагает установление между пациентом и психотерапевтом альянса, основанного на доверии и подкрепленного выявлением и изменением связанных с этими отношениями дисфункциональных мыслей и убеждений пациентов. Эти психотерапевтические отношения могут служить для пациентов моделью, которую можно использовать для пересмотра убеждений, связанных с другими отношениями; они также могут обеспечить безопасную среду для опробования новых форм поведения (например, уверенности в себе) с другими людьми. Для обучения пациентов преодолению депрессии, тревоги или других расстройств используются методы регуляции настроения.

Цель состоит не в том, чтобы полностью устранить дисфорию, а в том, чтобы повысить устойчивость пациентов к негативным эмоциям. Схема процесса избегания и убедительные доводы в пользу повышения устойчивости к дисфории помогут пациентам согласиться испытать негативные чувства на сессии; эта стратегия может быть осуществлена иерархическим способом. Выработка устойчивости к негативным эмоциям на сессии, вероятно, должна предшествовать практике «дисфории» или «противодействия избеганию» вне психотерапии. Важный способ повышения устойчивости — постоянное опровержение убеждений, связанных с боязнью дисфории у пациентов.

Могут быть показаны психотерапия семейных пар или семейная психотерапия, так же как обучение социальным навыкам. Наконец, лечение включает в себя выявление и изменение дезадаптивных схем через вмешательства с использованием воображения, психодрамы, обзора жизненного опыта пациента и журнала предсказаний. Вероятно, с помощью вышеописанных методов необходимо построить и обосновать более позитивные схемы.

Предупреждение рецидивов

Заключительная стадия психотерапии включает в себя предупреждение рецидивов. Крайне важно

предвидеть рецидивы и планировать свои действия в такой ситуации, так как у пациентов с ИРЛ избегание легко может появиться снова. Предупреждение рецидивов предполагает работу как в поведенческой, так и в когнитивной сферах. Ставящиеся поведенческие цели часто включают в себя следующие действия:

— установление новых дружеских отношений;

— углубление существующих отношений;

— принятие на себя большей ответственности на работе или смена места работы;

— проявление уместной настойчивости в семье, с друзьями, сотрудниками и другими людьми;

— выполнение ранее избегаемых дел на работе, в школе или дома;

— получение нового опыта: пройти курс лекций, придумать новое хобби, поработать где-нибудь на общественных началах и т. д.

Эти цели могут вызывать у пациента чувство риска; даже мысль о попытке достичь их может порождать значительные страдания. Психотерапевт может интерпретировать эту тревогу позитивным способом: появление тревоги сигнализирует об активизации дисфункциональной установки, что требует внимания, так же как повышение температуры у больного человека может сигнализировать о необходимости принять дополнительные лекарства. Психотерапевт может научить пациента использовать тревогу как стимул к поиску автоматических мыслей, которые препятствуют достижению целей. Вместе они могут разработать систему, помогающую пациенту реагировать на эти негативные когнитивные структуры и установки после того, как закончится психотерапия.

Для пациентов важно ослабить их резидуальные дисфункциональные установки и усилить новые, более функциональные убеждения. Они должны ежедневно или еженедельно рассматривать факты, свидетельствующие против старых убеждений, и факты, поддерживающие новые. Один из способов достичь этой цели состоит в том, чтобы предложить пациентам вести дневник, в котором они должны ежедневно записывать свои позитивные и негативные переживания в период, когда эти убеждения активны. Затем они формулируют аргументы, направленные против дисфункционального убеждения и укрепляющие функциональное убеждение.

Вот характерные выдержки из дневника одной пациентки:

«*27 сентября.* Присутствовала на встрече с боссом и юристами. По собственной инициативе выдвинула предложение. Оно было хорошо принято. Это свидетельствует против моего старого убеждения, что я глупа и некомпетентна. Это свидетельствует в пользу моего убеждения, что я компетентна.»

«*1 октября.* Говард рассердился, когда я сказала, что не хочу сходить пообедать. Я плохо себя чувствовала и думала: «Мне не следует говорить об этом». Согласно моему старому убеждению, я стала бы считать себя плохой — я плохая, если заставляю других расстраиваться. Согласно моему новому убеждению, я не плохая. В любом случае другие люди иногда расстраиваются, и это не имеет никакого отношения к тому, какой я человек. Не стоит всегда думать прежде всего о других. Бывает, нужно настоять на своих желаниях.»

Для пациентов особенно важно отмечать ситуации, которых они избегают, и осознавать когнитивные структуры, которые способствуют избеганию. Чтобы обнаружить дисфункциональные установки, стоящие за желанием избегания, и развить или усилить более функциональные установки, они могут использовать либо разновидность описанного выше дневника, либо методику «Запись дисфункциональных мыслей». Один из типичных примеров избегания, указанный той же пациенткой, таков:

«*24 октября.* Думаю о том, как попросить босса предоставить мне больше свободного времени. Очень встревожена. Автоматическая мысль: он рассердится на меня. Дисфункциональная установка: ужасно, когда люди сердятся. Функциональная установка: пусть сердится. Он может и не рассердиться, но если и так, он не будет сердиться всегда. Для меня это хорошая возможность проявить уверенность в себе. Я никогда не получу то, чего хочу, если позволю своей установке вставать у меня на пути. Худшее, что может случиться, — он скажет «нет».»

Убеждение, которое доставляет избегающему пациенту наибольшие неприятности, таково: «Если бы люди действительно знали меня, они бы меня отвергли». Это убеждение может активизироваться, когда пациенты начинают устанавливать новые отношения и становятся более открытыми с другими людьми. Тогда пациенту полезно вспомнить о том, как он поначалу боялся раскрыться перед психотерапевтом, и рассмотреть, что же на самом деле произошло, когда он все же решился это сделать. Затем следует попробовать сообщить какие-либо относительно «безопасные», но прежде скрываемые сведения о себе и посмотреть, что из этого получится. Пациент может продолжать это делать в соответствии с собственной иерархией значимости подобных сведений, постепенно все больше сообщая о себе окружающим.

В дополнение к ежедневным записям в дневнике и «Записи дисфункциональных мыслей» также

полезен ежедневный или еженедельный обзор специально подготовленных карточек. На одной стороне такой карточки пациенты делают запись неприятной дисфункциональной установки, указывая факты, свидетельствующие против нее. С другой стороны карточки записывается более функциональная установка и факты, свидетельствующие в ее пользу. Пациенты могут регулярно оценивать степень своей убежденности в каждой установке. Значительное увеличение степени убежденности в дисфункциональной установке или значительное снижение степени убежденности в новой установке указывают, что пациенты должны поработать в этой области.

К концу психотерапии психотерапевт должен подумать, не стоит ли увеличить интервалы между сессиями. Избегающие пациенты часто нуждаются в поддержке, когда нужно сократить частоту психотерапевтических сессий, тратить больше времени на новые занятия между сессиями и проверять свои опасения. С другой стороны, некоторые избегающие пациенты могут хотеть и чувствовать себя готовыми закончить психотерапию, но могут бояться задеть чувства психотерапевта, сделав такое предложение.

В конце психотерапии психотерапевту и избегающему пациенту полезно совместно разработать план, по которому пациент продолжит психотерапию самостоятельно после того, как формально она закончится. Например, пациент может каждую неделю отводить один час на действия, нацеленные на развитие успехов, достигнутых во время психотерапии. Он может проанализировать выполнение домашнего задания, которое дал себе на предыдущей сессии самостоятельной психотерапии; постараться пройти через ситуации, которых ранее избегал; сделать прогнозы на предстоящую неделю, стараясь предположить, в каких ситуациях возникнут затруднения, и заранее разрабатывая методы преодоления избегания; поработать с записями, сделанными в ходе психотерапии. Наконец пациент может дать себе новое домашнее задание и разработать план следующей самостоятельной психотерапии.

Для предупреждения рецидивов важно предвидеть вероятные трудности после завершения психотерапии. В таком случае пациентам можно рекомендовать составить план действий в этих сложных ситуациях и помочь им в этом. Пациенты могут находить полезным, например, составлять пункты, относящиеся к следующим проблемам:

— Что мне делать, если я снова начну избегать чего-либо?

— Что мне делать, если я начну полагаться на старые дисфункциональные допущения больше, чем на новые убеждения?

— Что мне делать, если мое состояние снова ухудшится?

Своевременный обзор этих пунктов также важен для предупреждения рецидивов у избегающих пациентов.

Реакции психотерапевта

Психотерапевты могут испытывать значительную фрустрацию с избегающими пациентами, так как обычно психотерапия движется очень медленно. Нередко весьма затруднительно даже просто удержать избегающих пациентов на психотерапии, так как их избегание может распространиться и на нее, и они могут начать избегать встреч. Для психотерапевта полезно понять, что избегание пациентами поведенческих заданий или самой психотерапии дает возможность раскрыть автоматические мысли и установки, связанные с избеганием.

Если такое избегание присутствует, психотерапевт (и пациент) может отчаяться по поводу психотерапии. Важно быть к этому готовым и бороться с отчаянием, сосредоточивая внимание на достигнутых на сессиях успехах. Функциональный способ преодоления избегания при выполнении домашних заданий состоит в том, чтобы сосредоточиться на мыслях, которые мешали начать или завершить работу над заданием, и подготовить пациентов дать ответ на эти мысли в будущем.

Типичные когнитивные структуры психотерапевта, связанные с избегающим пациентом, таковы:

— «Пациент не старается».

— «Она не позволит мне помочь ей».

— «Я буду делать все возможное, а она все равно прервет психотерапию».

— «Отсутствие прогресса в психотерапии плохо действует на меня».

— «Другой психотерапевт все делал бы лучше».

Психотерапевт, имеющий подобные мысли, может чувствовать свою беспомощность, неспособность помочь пациенту в осуществлении значительных изменений. При наличии таких убеждений психотерапевт может проверить их, анализируя ход психотерапии. Важно иметь реалистические ожидания прогресса и осознавать достижение небольших целей.

Наконец психотерапевты должны проводить различие между рационализациями избегания у пациентов и реальными препятствиями, прежде чем делать вывод, что такое избегание не поддается

изменению. Например, Эмилия утверждала, что не сможет продолжать занятия в колледже, потому что ее мать, которая стала инвалидом, зависит от нее. После того как психотерапевт и Эмилия оценили ситуацию, стало очевидно, что ее мать была в некоторой степени функциональна, что имелись альтернативные способы заботы о ней и что Эмилия могла бы продолжать учебу. Вероятно, психотерапевты, которые будут не в состоянии противостоять оправданиям избегающих пациентов, будут чувствовать безнадежность и беспомощность, столкнувшись с таким поведением.

Направления будущих исследований

С учетом недостатка работ по ИРЛ, имеется много важных направлений исследования. Прежде всего неизвестно, существует ли генетическая предрасположенность к развитию ИРЛ. В этой главе описано множество социальных и когнитивных факторов, которые, очевидно, имеют отношение к возрастному развитию пациентов с этим расстройством. Необходимы эмпирические исследования, чтобы определить, насколько важны в развитии ИРЛ опыт межличностного общения и соответствующие убеждения пациентов. Определение этиологии может быть важным шагом к разработке программ для предотвращения или выявления и лечения этих расстройств у детей.

Специальных работ по ИРЛ опубликовано всего несколько, и многие из них являются описаниями случаев с применением либо медикаментозного лечения (например: Daltito & Perugi, 1988), либо психодинамической психотерапии (например: Frances & Nemiah, 1983). Об эмпирических исследованиях ИРЛ с позиций когнитивной психотерапии не сообщалось.

Социальная тревога широко изучалась в рамках поведенческого подхода (Oakley & Padesky, в печати). Хотя в некоторых из этих работ (Greenberg & Stravynski, 1985) отмечается сходство между симптомами изучавшихся пациентов и ИРЛ, в большинстве поведенческих исследований социальной тревоги пациенты не описываются в терминах диагностических категорий *DSM-III-R*. Эти исследования нельзя считать имеющими отношение к ИРЛ. Большинство пациентов, изучавшихся в работах по социальной тревоге, удовлетворяют критериям социальной фобии, а не диагнозу ИРЛ.

Известным исключением является исследование Тернера и коллег (Turner, Beidel, Dancu, & Keys, 1986), которые прямо сравнивали людей с социальной фобией с людьми, имеющими диагноз ИРЛ. Всем пациентам предлагалось поучаствовать в структурированной ролевой игре и в импровизированной беседе. Хотя обе группы сообщали о равных уровнях тревоги и сходных тревожных мыслях, пациенты с диагнозом ИРЛ обнаружили более бедные социальные навыки, чем пациенты с диагнозом социальной фобии, если судить по зрительному контакту, тону голоса и общим социальным навыкам.

Эти результаты следует считать предварительными, поскольку в исследовании участвовали лишь 18 пациентов (10 с социальной фобией и 8 с ИРЛ). Но это исследование является важным шагом к эмпирическому изучению ИРЛ. Когнитивное осмысление такого положения дел предполагает, что исследователи в дополнение к ситуационным тревожным мыслям, выявлявшимся в работе Тернера и коллег, должны оценивать и негативные схемы себя.

Выводы

Мы предположили, что имеется сжатая когнитивная формулировка ИРЛ и что когнитивная психотерапия может быть эффективна. Хотя мы привели клинические факты в поддержку этих выводов, они требуют экспериментального подтверждения. Поскольку для многих пациентов с ИРЛ когнитивная психотерапия оказалась полезной, как это описано здесь, следует провести изучение результатов для сравнения когнитивной психотерапии с другими формами лечения этого расстройства. Если обнаружится, что когнитивная психотерапия эффективна, дальнейшие исследования, направленные на определение дисфункциональных установок, наиболее важных для поддержания ИРЛ, могли бы помочь развить психотерапию и сделать ее более рациональной. Представленная здесь трактовка предлагает вероятные когнитивные темы для такого исследования.

Глава 13.
Зависимое расстройство личности

Зависимость и привязанность считаются универсальными и, возможно, определяющими формами поведения у млекопитающих (Frances, 1988). Полагаться в определенной степени на других — это, безусловно, адаптивное поведение, но чрезмерная зависимость может создавать значительные проблемы, а крайние формы зависимости определены в *DSM-III* как зависимое расстройство личности (ЗРЛ) (АРА, 1980). При лечении ЗРЛ психотерапевт встает перед интересной дилеммой. В начале

психотерапии эти пациенты могут казаться легкоизлечимыми. Они настолько внимательны и восприимчивы к усилиям психотерапевта, что он наконец-то может вздохнуть с облегчением после работы со многими другими пациентами, которые явно не слушают психотерапевта или не относятся с уважением к его словам. Таких пациентов легко вовлечь в процесс лечения, и они настолько расположены к сотрудничеству в начале психотерапии, что появляется надежда на весьма быстрый прогресс. Но подобные ожидания могут усиливать фрустрацию психотерапевта на более поздних этапах лечения, когда эти пациенты явно цепляются за лечение, сопротивляясь усилиям психотерапевта, направленным на поощрение их большей автономии.

Хилл (Hill, 1970) называет некоторые трудности работы с этими пациентами, описывая начальное улучшение состояния зависимого пациента: «Пациентка чувствует оживление оттого, что какой-то новый человек проявляет к ней интерес, удовлетворяет ее потребность в зависимости и предлагает ей более стоящую жизнь… Но состояние любой пациентки неизменно возвращается к исходному, когда она понимает, что психотерапия — не пассивное переживание» (p. 39). Помощь пациенту в том, чтобы он действовал не завися от психотерапевта, и поощрение его автономии от психотерапевта и других значимых для пациента людей является наиболее сложной задачей при работе с ЗРЛ.

Исторический обзор

Первые описания зависимых людей часто были уничижительными. В работах психиатров XIX века пассивность, неэффективность и чрезмерное послушание, характерные для этих пациентов, рассматривались как неудачи в нравственном развитии, и для описания этих людей использовались такие термины, как «беспомощные», «слабовольные» и «дегенераты». Хотя чрезмерно зависимый тип личности отмечался довольно часто, в наиболее ранних системах классификации такой диагноз отсутствует.

Совершенно иной точки зрения придерживались ранние теоретики психоанализа. И Фрейд, и Абрахам описывали «орально-рецептивный» характер как результат либо чрезмерного потакания, либо депривации на оральной, или младенческой, стадии развития. Абрахам (Abraham, 1924/1948) утверждал: «У некоторых людей доминирует убеждение, что всегда будет существовать какой-то добрый человек — конечно, замещающий мать, — чтобы заботиться о них и давать им все, в чем они нуждаются. Это оптимистичное убеждение обрекает их на бездействие… Они не предпринимают никаких усилий и в некоторых случаях даже считают ниже своего достоинства зарабатывать себе на хлеб» (p. 399–400).

Предшественником диагностических категорий пассивно-агрессивного и зависимого типов личности было относящееся к периоду Второй мировой войны понятие «незрелая реакция», определяемое как «реакция невротического типа на обычный военный стресс, проявляющаяся в беспомощности или неадекватных реакциях, пассивности, обструкционизме или вспышках агрессии» (Anderson, 1966, p. 756). Зависимая личность лишь кратко упоминалась в *DSM-I* (APA, 1952) как пассивно-зависимый подтип пассивно-агрессивного расстройства, характеризующийся неадекватной привязанностью в связи с фрустрацией, вызванной окружающей средой. Понятие «зависимая личность» полностью отсутствовало в *DSM-II* (APA, 1968), и самой близкой категорией была неадекватная личность, характеризующаяся «неэффективными реакциями на эмоциональные, социальные, интеллектуальные и физические стимулы. Хотя пациент не выглядит физически или психически больным, он плохо адаптирован, несообразителен, нерассудителен, социально неустойчив и отличается недостатком физической и эмоциональной выносливости» (p. 44).

Используя в качестве основы классические полярности «активный—пассивный», «боль—удовольствие» и «я—другие», Миллон (Millon, 1969) создал классификацию, в которой выделяются 8 основных типов личности. Пассивно-зависимый паттерн (первоначально известный как выделенная Миллоном покорная личность) предполагает поиск удовольствий и избегание боли, а также пассивную надежду на то, что другие люди удовлетворят эти потребности. Эта классификация была расширена в нескольких работах Миллона, в результате чего было сформулировано понятие «зависимое расстройство личности», впервые появившееся в *DSM-III* (APA, 1980).

Согласно современной психодинамической трактовке ЗРЛ, чрезмерное потакание или депривация могут вести к чрезмерной и дезадаптивной зависимости, являющейся результатом фиксации на оральной (младенческой) стадии развития. В своем исследовании чрезмерной материнской заботы Леви (Levy, 1966) полагает, что чрезмерное потакание ведет к развитию чрезмерно зависимых черт, таких как иждивенчество, недостаток инициативы и требование к другим, чтобы они делали для этих людей то, что они сами сделать не могут. В некоторых случаях чрезмерная зависимость рассматривается как регрессивное выражение неудовлетворенных фаллических желаний у женщин, которые надеются, что через зависимость они получат пенис, необходимый, по их мнению, для повышения самооценки

(Esman, 1986). Эсман (Esman, 1986) подчеркивает значение скрытой и неосознанной враждебности к значимым для зависимого человека людям и излишней слащавости и покорности, рассматривающихся как реактивные образования, направленные против выражения враждебных чувств, которые могут угрожать существованию отношений, считающихся жизненно важными.

Уэст и Шелдон (West & Sheldon, 1988) рассматривают ЗРЛ как очевидный пример расстройства системы привязанности, которая наиболее полно обсуждалась в работах Боулби (Bowlby, 1969, 1977). Паттерн привязанности, наиболее характерный для ЗРЛ, — это паттерн «тревожной привязанности», который, по Боулби, возникает на основе переживаний, ведущих к тому, что человек начинает сомневаться в доступности и отзывчивости фигуры, к которой он привязан. Когда эти люди устанавливают отношения, они становятся чрезмерно зависимыми и живут в постоянном страхе потери объекта привязанности.

Исследования привязанности и зависимости продолжил Пилконис (Pilkonis, 1988). Он использовал модифицированный прототипический метод, чтобы обосновать дифференцированный подход к понятиям чрезмерной зависимости и чрезмерной автономии, которого придерживаются клиницисты, имеющие опыт лечения депрессии. Признаки чрезмерной зависимости группируются в два подтипа: показатели «тревожной привязанности» и особенности, обычно связываемые с пограничным расстройством личности. Характеристики подтипа «тревожной привязанности» (включая такие пункты, как «имеют тенденцию слишком зависеть от других людей», «отвержение со стороны другого человека ведет к потере доверия и снижению самооценки» и «обычно чувство беспомощности»), по-видимому, наиболее близко соответствуют диагнозу ЗРЛ.

Характеристики ЗРЛ

Согласно *DSM-III-R* (APA, 1987, p. 354), существенная особенность ЗРЛ состоит в «тотальном паттерне зависимого и покорного поведения, возникающем в ранней взрослости и проявляющемся в разных контекстах» (см. табл. 13.1). Эти люди неспособны или не хотят принимать повседневные решения, если не имеют большого количества советов и поддержки от других людей и до тех пор, пока не согласятся с тем, что предлагают другие люди. Они испытывают трудности с началом реализации своих намерений или самостоятельными действиями, ощущая такой дискомфорт в одиночестве, что могут идти на все, чтобы не оставаться одним. Они чувствуют опустошенность и беспомощность, когда близкие отношения заканчиваются, и обычно озабочены опасениями, что их бросят. Они легкоуязвимы к неодобрению, склонны подчиняться другим людям и пойдут на все, чтобы им понравиться. Они настолько боятся отвержения, что будут соглашаться с окружающими во всем, даже если полагают, что человек не прав. Такие люди испытывают недостаток уверенности в себе и имеют тенденцию преуменьшать свои способности и силы. При ЗРЛ одной из наиболее распространенных проблем является депрессия. Фактически большая депрессия и нарушение адаптации — это диагнозы Оси I, которые наиболее часто связываются с ЗРЛ Кенигсбергом, Капланом, Гилмором и Купером (Koenigsberg, Kaplan, Gilmore, & Cooper, 1985). Используя критерии личностных вопросников, Райх и Нойс (Reich & Noyes, 1987) обнаружили, что 54 % исследуемых депрессивных больных имели диагноз ЗРЛ. Оверхолсер, Кабакофф и Норман (Overholser, Kabakoff, & Norman, 1989) указывают, что критерии ЗРЛ содержат много черт, обычно присущих депрессии, включая недостаток инициативы, чувство беспомощности и трудности с принятием решений. Поскольку они чрезмерно полагаются на поддержку и заботу со стороны окружающих и чувствуют свою беспомощность перед потенциальным разрывом отношений, они, по-видимому, имеют большую предрасположенность к депрессии (Birtchnell, 1984; Zuroff & Mongrain, 1987).

Таблица 13.1. Критерии зависимого расстройства личности по *DSM-III-R*

Тотальный паттерн зависимого и покорного поведения, возникающий в ранней взрослости и проявляющийся в различных контекстах, на что указывают по крайней мере *пять* признаков из следующих:

1) неспособен принимать повседневные решения без большого количества советов или поддержки окружающих;

2) позволяет другим принимать за себя большинство важных решений, например где жить, на какую работу устраиваться;

3) из-за боязни отвержения соглашается с людьми, даже когда полагает, что они не правы;

4) испытывает трудности с началом реализации своих намерений или самостоятельными действиями;

5) добровольно делает неприятные или унизительные вещи, чтобы понравиться другим людям;

6) ощущает дискомфорт или беспомощность в одиночестве либо идет на все, чтобы не оставаться одному;

7) чувствует опустошенность или беспомощность, когда заканчиваются близкие отношения;

8) часто озабочен боязнью того, что его бросят;

9) уязвим к критике или неодобрению.

Примечание. Из «Руководства по диагностике и статистической классификации психических расстройств» (3-е изд., перераб.), (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd ed., rev.). American Psychiatric Association, 1987, Washington, DC: Author, p. 354). ©1987, Американская психиатрическая ассоциация. Воспроизведено с разрешения.

Среди людей с ЗРЛ также распространены тревожные расстройства. Так как в вопросах выживания они рассчитывают на других, то особенно склонны к тревоге, связанной с расставанием, и беспокоятся о том, что их бросят и оставят одних. Когда они ждут и боятся новых обязанностей, с которыми, как они полагают, им не справиться, у них могут случаться приступы паники. Фобии имеют тенденцию вызывать заботу и защиту со стороны других, а также избегание ответственности, обеспечение вторичной выгоды, которая полностью согласуется с основной зависимой ориентацией этих людей (Millon, 1981). Райх, Нойс и Траутон в своем исследовании пациентов с паническим расстройством (Reich, Noyes, & Troughton, 1987) обнаружили, что ЗРЛ — наиболее распространенный диагноз Оси II, особенно в подгруппах с фобическим избеганием. В зависимости от используемого инструмента, около 40 % исследуемых с фобическим избеганием удовлетворяли критериям ЗРЛ. Кроме того, в выборке пациентов психиатрического стационара Оверхолсер и коллеги (Overholser, Kabakoff, & Norman, 1989) обнаружили у зависимых пациентов профили *MMPI*, говорящие о наличии тревоги, неуверенности в себе и социальной настороженности, независимо от уровня депрессии.

Другими характерными проблемами людей с ЗРЛ являются соматические жалобы, от конверсионных симптомов до ипохондрии, и соматизация. При исследовании 50 пассивно-зависимых женщин, которые проходили амбулаторное лечение, Хилл (Hill, 1970) обнаружил, что у всех женщин были соматические жалобы, что обычно приводило к повышенному вниманию к ним со стороны семьи и специалистов. Многие из этих пациенток прибегали к медикаментозному лечению как основной возможности помочь себе. Гринберг и Даттор (Greenberg & Dattore, 1981) обнаружили, что люди с соматическим заболеванием (рак, доброкачественные опухоли, гипертония или язва желудка) в преморбидный период имели значительно более высокие показатели по связанным с зависимостью шкалам *MMPI* , чем люди, не имевшие таких заболеваний в течение 10-летнего периода. Подобным же образом Валльянт (Vaillant, 1978) и Хинкл (Hinkle, 1961) обнаружили связь между зависимыми чертами личности и общей предрасположенностью к болезни. В недавнем обзоре эмпирической литературы Гринберг и Борнштейн (Greenberg & Bornstein, 1988a) приходят к выводу, что «человек с зависимой ориентацией личности несомненно более подвержен различным соматическим заболеваниям, а не предрасположен к одному специфическому типу симптома» (p. 132). Кроме того, они делают вывод, что зависимые люди более склонны рассматривать свои проблемы в соматических, а не психологических понятиях, чаще обращаются за помощью к специалистам для решения своих проблем, раньше начинают искать помощь и более добросовестно относятся к лечению, чем независимые люди.

Алкоголизм и другие формы злоупотребления психоактивными веществами также являются обычными проблемами у зависимых людей, так как эти вещества часто рассматриваются как легкий, пассивный способ решения проблем или по крайней мере бегства от них. В их обзоре эмпирической литературы (содержащем прежде всего оценки оральных признаков зависимости, полученные с помощью проективных тестов), Гринберг и Борнштейн (Greenberg & Bornstein, 1988b) приходят к выводу, что человек с зависимой ориентацией личности предрасположен к различным психопатологическим состояниям, включая депрессию, алкоголизм, переедание и зависимость от табака.

Диагностика

Когда человек приходит на лечение с низкой уверенностью в себе и очевидно высокой потребностью в поддержке, должен рассматриваться диагноз ЗРЛ. Например, Карен, 45-летняя замужняя женщина, была направлена на лечение ее врачом в связи с приступами паники. В ходе оценки она казалась озабоченной, чувствительной и наивной. Ею легко овладевали эмоции, и она время от времени плакала по ходу сессии. В течение оценки она при любой возможности проявляла самокритику. Например, когда ее спросили, как она ладит с другими людьми, она сообщила: «Другие считают меня тупой и неадекватной», — хотя она не упомянула ни о каких фактах, которые могли бы

заставить ее так думать. Она сообщила, что не любила ходить в школу, потому что «была тупой», а также всегда чувствовала, что была недостаточно хорошей. Она очень нуждалась в поддержке психотерапевта, даже, например, при выполнении задания отнимать по 7 от 100, что использовалось в ходе диагностики. В дополнение к приступам паники и избеганию она сообщила о тяжелых депрессиях, несколько раз случавшихся у нее за последние 5 лет, и о наличии серьезного предменструального синдрома. Наконец она рассказала о том, что ежедневно выпивает от одной до трех небольших порций ликера, но не считает это проблемой.

Однако при диагностике ЗРЛ важно выходить за рамки начальных жалоб и тщательно оценивать историю отношений пациента, особенно отмечая, как он реагирует на окончание отношений и как окружающие отзываются о пациенте. Может быть полезно подробно расспросить о том, как принимаются решения, и обратить внимание как на повседневные, так и важные жизненные решения. Также должна быть собрана информация о том, как пациент себя чувствует, если долго остается в одиночестве. Полезно также спросить у пациента, как он ведет себя, если с кем-то не согласен или если от него требуют сделать что-то неприятное либо унизительное. О наличии у пациента ЗРЛ может говорить и собственная реакция психотерапевта. Если психотерапевт обнаруживает, что начинает ощущать себя спасителем пациента или склонен делать для него необычные исключения, в которых тот якобы нуждается, следует предположить наличие у пациента ЗРЛ и начать собирать данные, подтверждающие или опровергающие этот диагноз.

Карен сообщила, что ее первый брак продлился 10 лет, хотя «это был ад». Ее муж изменял ей со многими женщинами и был склонен к вербальной агрессии. Она много раз пробовала бросить его, но уступала многократным просьбам о возвращении. Наконец она смогла развестись с ним и вскоре познакомилась со своим нынешним мужем и вышла за него. Она описывала своего мужа как доброго, чуткого и отзывчивого. Карен заявляла, что предпочитает, чтобы кто-нибудь принимал за нее важные решения, и соглашается с людьми, чтобы избежать конфликта. Ее беспокоило одиночество, когда некому о ней позаботиться, и она сообщала о чувстве беспомощности при отсутствии поддержки со стороны. Она также сообщила, что легкоранима, поэтому старается не делать ничего такого, что могло бы вызвать критику.

Зависимость может быть частью различных расстройств, поэтому следует проявлять осторожность и дифференцировать ЗРЛ от других расстройств, которые имеют некоторые сходные характеристики. Например, хотя непосредственными и привязчивыми кажутся пациенты и с гистрионным, и с зависимым расстройством личности, пациенты с последним диагнозом менее ярки, эгоцентричны и поверхностны, чем пациенты с первым диагнозом. Человек с ЗРЛ обычно пассивен, покорен, скромен и послушен; это контрастирует с активной манипулятивностью, общительностью, обаянием и склонностью очаровывать у человека с гистрионным расстройством личности. Человек с избегающим расстройством личности также испытывает сильную потребность в любви, но сомневается в ней и боится, что такая любовь невозможна; человек с ЗРЛ склонен доверять и искренне полагаться на людей, ожидая, что его усилия будут вознаграждены любовью и заботой. Агорафобические пациенты зависят от других людей довольно специфическим образом, — они нуждаются в надежном человеке для сопровождения их в различных местах, чтобы они не боялись приступов паники, случающихся, когда они одни. Агорафобические пациенты вообще более настойчиво говорят о своей зависимости, чем люди с ЗРЛ, активно требуя, чтобы их сопровождали везде, куда бы они ни пошли. Но бывают случаи, когда пациент удовлетворяет критериям и панического расстройства с агорафобией, и ЗРЛ, и тогда следует ставить оба диагноза (соответственно по Осям I и II).

Хотя Карен обращалась за лечением по поводу приступов паники и обнаруживала тотальные паттерны избегания в течение последних семи лет, она признавала, что многие из ее проблем существовали намного раньше приступов паники и агорафобии. Она не любила делать что-либо в одиночестве задолго до того, как у нее начались приступы паники, и у нее были такие мысли, как «Я никчемный человек», по крайней мере с третьего класса школы. Она явно удовлетворяла критериям ЗРЛ и панического расстройства с агорафобией, а также большой депрессии.

Теоретическое осмысление

Всесторонние критерии ЗРЛ в поведенческой литературе пока отсутствуют. Общим при описании людей с этим расстройством является то, что их характеризуют как «крайне неуверенных в себе» (Marshall & Barbaree, 1984, p. 417). Но Туркат и Карлсон (Turkat & Carlson, 1984) придерживаются иного подхода и в случае одного пациента с ЗРЛ формулируют главную проблему как тревогу при принятии самостоятельных решений, хотя не считают это общей проблемой всех подобных пациентов. Действительно люди с ЗРЛ часто одновременно чрезвычайно застенчивы и очень боятся принимать независимые решения, но всестороннее когнитивно-поведенческое осмысление должно

включать в себя не только эти две характеристики.

ЗРЛ может рассматриваться как происходящее из двух ключевых допущений. Во-первых, эти люди считают себя неадекватными и беспомощными и поэтому неспособными жить самостоятельно. Они рассматривают мир как неприветливое, одинокое или даже опасное место, где им не выжить в одиночку. Во-вторых, они делают вывод, что решение проблемы их неадекватности в пугающем мире заключается в том, чтобы попробовать найти кого-то, кто умеет справляться с жизненными трудностями, защитит и позаботится о них. Зависимые люди решают, что стоит отказаться от ответственности и подчинить свои потребности и желания другому человеку в обмен на заботу. Такая адаптация, конечно, несет в себе неблагоприятные последствия. С одной стороны, полагаясь на других в решении проблем и принятии решений, человек имеет мало возможностей овладеть навыками, необходимыми для независимости. Некоторые люди никогда не обучаются навыкам самостоятельной жизни (таким как уверенность в себе, решение проблем и принятие решений), в то время как другие не осознают навыков, которыми обладают, и поэтому не используют их, таким образом закрепляя свою зависимость. Кроме того, мысль о том, чтобы стать более компетентным, может пугать зависимых людей, потому что они боятся, что, если они станут менее нуждающимися, их бросят и им придется жить самостоятельно, хотя они совершенно к этому не готовы.

Такие изменения имеют несколько дополнительных неудобств для зависимого человека. Он всегда должен быть очень внимателен к тому, чтобы доставлять удовольствие другому человеку и избегать конфликта ввиду опасения поставить под угрозу значимые отношения и остаться одному. Так не может быть и речи об уверенности в себе и выражении собственного мнения. К тому же зависимый человек может казаться настолько безнадежным, бедствующим и прилипчивым, что ему трудно найти такого партнера, который захочет или сможет удовлетворять его потребности сколь угодно долго. Если такие отношения заканчиваются, человек чувствует себя полностью опустошенным и не видит никакой альтернативы тому, чтобы искать новый объект для зависимости.

Карен сообщила, что у нее всегда были прекрасные отношения с отцом («Я была его маленьким ангелочком»). Она сказала, что он только один раз рассердился на нее из-за какого-то пустяка, а в остальном все было хорошо. Свою мать она описывала как более властную и сообщала, что они часто конфликтовали, но в то же время обсуждали любые вопросы. Карен также сообщила, что в школе поняла, какая она тупая и «недостаточно хорошая». Карен утверждала, что в католической школе учителя часто высмеивали ее, и ей нравилось болеть и не ходить в школу, а иногда она прогуливала.

Карен рано вышла замуж и сменила зависимость от отца на зависимость от мужа, не успев пожить самостоятельно. Ей было очень трудно расставаться со своим первым мужем, даже при том что он был жесток с ней и изменял ей и она восприняла расставание как катастрофу. Вскоре после развода она нашла нового мужчину и почувствовала большое облегчение, обретя партнера, который снова будет заботиться о ней.

Основными убеждениями человека с ЗРЛ являются следующие: «Я не могу выжить без кого-то, кто будет заботиться обо мне», «Я слишком неадекватен, чтобы жить самостоятельно», «Если мой супруг (родитель и т. д.) бросит меня, я развалюсь на части», «Если бы я был более независимым, я находился бы в изоляции и одиночестве» и «Независимость означает, что ты должен все делать сам». Главное когнитивное искажение при ЗРЛ — дихотомическое мышление относительно независимости. Зависимые личности полагают, что человек может быть либо полностью беспомощен и зависим, либо полностью независим и одинок, без каких-либо градаций между этими двумя состояниями. Они также обнаруживают дихотомическое мышление относительно своих способностей: либо они делают все «правильно», либо полностью «неправильно». Конечно, так как они считают себя неспособными действовать адекватно, они обычно делают вывод, что совершенно неправильны, неумелы и являются полными неудачниками. Они также склонны обнаруживать когнитивное искажение «катастрофических оценок», особенно когда дело доходит до разрыва отношений. Они заходят намного дальше нормального уровня беспокойства, когда прекращение отношений вызывает грусть; они полагают, что разрыв отношений — страшное несчастье, грозящее гибелью.

Основные убеждения и когнитивные искажения при ЗРЛ ведут к таким автоматическим мыслям, как «Я не могу», «Я никогда не научусь это делать» и «Я слишком глуп и слаб». Когда их просят что-нибудь сделать, у них возникают такие мысли, как «О, мой супруг мог бы сделать это намного лучше» и «Я уверен, они понимают, что я этого не смогу». Например, когда Карен попросили отнимать по 7 из 100 в ходе начальной оценки, она прокомментировала это примерно так: «О, я ничего не понимаю в математике, я никогда не смогу этого сделать» и «Это действительно нужно? Я хочу сказать, что я не смогу это делать». На первой сессии психотерапии, когда психотерапевт обрисовал план лечения, она сказала: «О, я не смогу записывать мысли» и «Я уверена, что другим это помогает, но я слишком тупа, чтобы у меня это получилось».

Подходы к лечению

Легко предположить, что целью лечения при ЗРЛ является независимость. Фактически наихудшие опасения многих зависимых пациентов заключаются в том, что психотерапия приведет к полной независимости и изоляции и они должны будут противостоять жизненным трудностям в одиночку, без помощи или поддержки окружающих. Лучшее название для цели психотерапии ЗРЛ — «автономия». Автономия определяется как способность к действиям независимо от других, но вместе с тем и способность к установлению близких отношений (Birtchnell, 1984). Чтобы достичь этого, необходимо помочь пациенту постепенно научиться жить более независимо от других (включая психотерапевта) и развить уверенность в себе и чувство собственной эффективности. Но, учитывая обычное опасение, что компетентность приведет к тому, что его бросят, это нужно делать постепенно и с определенной деликатностью.

Как при работе с любым из расстройств личности, ранние стадии лечения включают в себя достижение поставленных пациентом целей, а также определение и пересмотр дисфункциональных автоматических мыслей. Хотя для психотерапевта с самого начала может быть очевидно, что зависимость — главная проблема пациента, пациент редко признаёт ее частью своих проблем. Фактически даже использование слов «зависимость», «независимость» или «автономия» может напугать пациента на ранних стадиях лечения, если он не готов рассматривать эти проблемы. Независимо от конкретных целей психотерапии, проблема зависимости станет очевидной по ходу лечения и для психотерапевта, и для пациента. Тем не менее если пациент первым использует это понятие, он лучше осознает свою проблему и будет меньше напуган.

Хотя такие слова, как «зависимость», не использовались на первых сессиях, Карен могла ясно сформулировать цели психотерапии, например: «Увеличить уверенность в себе, чтобы я могла: а) быть более общительной и первой обращаться к людям; б) предлагать проекты; в) браться за выполнение заданий на работе; г) более комфортно чувствовать себя с людьми; д) уменьшить страх неудачи и больше хвалить себя за то, что я делаю».

При работе с пациентами, страдающими зависимым расстройством личности, особенно важно использовать направляемое открытие и вопросы, выявляющие внутренние противоречия. Эти пациенты, вероятно, будут считать психотерапевта «экспертом» и ловить каждое его слово, и может появиться соблазн просто сообщить этим пациентам, в чем именно заключается проблема и что они должны делать, таким образом принимая на себя авторитарную роль. К сожалению, это подталкивает пациента к тому, чтобы быть зависимым от психотерапевта, а не развивать автономию. Эти пациенты, по крайней мере первоначально, действительно нуждаются в некотором активном руководстве и практических предложениях со стороны психотерапевта, чтобы включиться в лечение. Полностью недирективный подход может вызвать у них тревогу. Однако когда пациент просит, чтобы психотерапевт сказал ему, что делать, психотерапевт должен осторожно, используя вопросы, выявляющие внутренние противоречия и направляемое открытие, помочь пациенту самому принять решение.

Карен, казалось, смотрела на психотерапевта и ждала ответов, особенно когда ей нужно было понять и объяснить свои собственные чувства. Она приходила на сессию и говорила: «На прошлой неделе я чувствовала депрессию и уныние. Почему?» — ожидая, что психотерапевт сядет и все ей объяснит без каких-либо усилий с ее стороны. Вместо этого он задавал ей вопросы о том, как она себя при этом чувствовала, и просил детализировать определенные мысли и чувства, которые были у нее, когда она была особенно расстроена. С помощью этих вопросов Карен смогла лучше разобраться в случившемся за неделю, а также понять, как ее чувства были связаны с ее мыслями.

Отношения между психотерапевтом и пациентом

Особенно важно обратить внимание на один фактор, который очень часто игнорируется в работах когнитивно-поведенческих психотерапевтов: отношения между психотерапевтом и пациентом. Зависимое поведение пациента с ЗРЛ имеет достаточно тотальный характер и интенсивно проявляется в психотерапевтических отношениях. Это привело к предположению, что гуманистические или недирективные подходы более предпочтительны, чем директивные когнитивно-поведенческие, стимулирующие пациента к тому, чтобы он подчинялся доминирующему психотерапевту (например: Millon, 1981). Но правильное использование когнитивно-поведенческого подхода, включая применение вопросов, выявляющих внутренние противоречия, и совместной практики (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979) может помочь преодолеть тенденции психотерапевта к авторитарности. Люди с ЗРЛ обращаются за лечением в поисках того, кто решит все их проблемы. Поэтому, в целях включения их в лечебный процесс, в первое время целесообразно позволить им некоторую зависимость от

психотерапевта. В дальнейшем нужно последовательно работать над ослаблением этой зависимости. Сотрудничество не всегда должно быть равноправным, и в начале лечения психотерапевту, возможно, придется делать больше половины работы. Однако этот паттерн необходимо изменять в течение курса психотерапии, постепенно прося пациента выносить на обсуждение свои вопросы, самому придумывать домашние задания и т. д., чтобы пациент в конечном счете стал относиться к лечению более ответственно.

Чтобы наиболее эффективно использовать отношения между психотерапевтом и пациентом как пример паттерна зависимых отношений, необходимо предложить пациенту исследовать свои мысли и чувства о психотерапевте, так же как и о других отношениях. Нередко эти пациенты так сосредоточены на других отношениях, что им не приходит в голову, каким хорошим материалом для анализа могут стать отношения в ходе лечения.

Однажды, в тот период лечения, когда психотерапевт учил Карен определять и исследовать автоматические мысли, она пришла на сессию явно расстроенная, очень извиняясь за то, что не выполнила домашнее задание. Психотерапевт решил использовать ее текущие мысли и чувства как пример для определения автоматических мыслей. Карен сообщила, что испытывает сильную тревогу и вину, и ее основной автоматической мыслью была следующая: «Сэм [психотерапевт] очень разочаруется во мне». Затем она смогла исследовать эту мысль более объективно и нашла, что для тревоги и расстройства не было особой причины. Использование в качестве основы для исследования автоматических мыслей ее непосредственных мыслей и чувств, связанных с психотерапевтом, не только дало хорошую возможность продемонстрировать, насколько этот прием полезен для изменения чувств, но и позволило открыто обсудить чувства Карен к психотерапевту.

Другая важная причина, по которой следует уделять пристальное внимание отношениям между пациентом и психотерапевтом, состоит в том, что психотерапевт должен контролировать собственные мысли и чувства, связанные с пациентом. Психотерапевт может испытывать особенно сильное искушение заняться спасением пациента этого типа и может очень легко либо принять убежденность пациентов в их собственной беспомощности, либо безуспешно пытаться спасти их от фрустрации.

К сожалению, попытки спасения этих пациентов несовместимы с целью увеличения их независимости и самостоятельности. Если психотерапевт замечает, что ставит этих пациентов в особые условия, считая, что они нуждаются в немедленной помощи, он должен оценить, не начал ли он разделять представление пациента о себе как о беспомощном человеке. Всякий раз, когда психотерапевт чувствует соблазн быть более директивным и меньше сотрудничать с пациентом или делать для него исключения, полезно применить на себе методику «Запись дисфункциональных мыслей», чтобы выяснить, служит ли такое исключение долгосрочным интересам пациента или оно будет способствовать сохранению зависимости.

Психотерапевт часто задавал Карен, казалось бы, простой вопрос о ее мыслях или чувствах, и она отвечала: «Мое сознание пусто, я просто не могу думать». Много раз сталкиваясь с такими ответами, он испытывал сильную фрустрацию и раздражение из-за ее самоосуждения и очевидной беспомощности. В этих случаях он осознавал наличие у себя таких мыслей: «Ну давай же, ты же можешь!», «Это так просто!», «Возможно, она действительно глупа» и «Прекрати наконец быть беспомощной и сделай это!» Вместо того чтобы подгонять ее, он смог отреагировать на свои мысли следующим образом: «На самом деле она не глупа; она просто привыкла так себя воспринимать. Это может казаться простым мне, но это не просто для нее. Если я буду действовать с нетерпением и раздражением, я просто буду подтверждать ее убеждение, что она глупа. Я должен успокоиться и помочь ей посмотреть на эти мысли и обдумать их».

В другие моменты психотерапии он испытывал фрустрацию из-за медленного прогресса. Например, при выполнении в естественных условиях задания, связанного с вождением, психотерапевт в горестных раздумьях стоял у подъезда, пока Карен самостоятельно съездила на работу и обратно. Пока он ждал, он испытал фрустрацию и определил такие автоматические мысли: «Боже мой, только посмотрите, чем мы здесь занимаемся! Вся эта суета из-за того, чтобы проехать полторы мили до работы! Что за проблема проехать на автомобиле дурацкие полторы мили! Просто садишься и едешь!» Однако вместо того чтобы пребывать во фрустрации, он оспорил свои автоматические мысли ответами типа следующего: «Мои цели не могут быть ее целями. Я не могу заставить ее делать то, что хочу. Она должна двигаться в собственном темпе. Я просто должен унять свое рвение. То, что для меня пустяк, для нее совсем не пустяк».

Поскольку пациенты с ЗРЛ особенно склонны устанавливать чрезмерно зависимые отношения, крайне важно установить четкие границы профессиональных отношений Психотерапевта с такими пациентами. Наш клинический опыт свидетельствует о том, что эти пациенты чаще, чем другие, сообщают, что влюбились в своего психотерапевта. Даже если это является частью обычного стиля психотерапевта, более безопасно минимизировать физический контакт с этими пациентами (даже

рукопожатия, похлопывания по спине или периодические объятия), а также не отступать от обычных правил и поддерживать однозначно профессиональные отношения. Если необходимо оказаться в вызывающих тревогу ситуациях и психотерапевт должен находиться с пациентом вне офиса, важно четко сформулировать цель упражнения, проводить его очень профессионально (например, периодически обращать внимание на когнитивные структуры и фиксировать уровень тревоги) и минимизировать случайные разговоры. Например, когда Карен из-за ее тревоги не хотела выполнять домашнее задание, которое включало в себя вождение автомобиля, психотерапевт поехал с Карен, чтобы помочь ей преодолеть этот барьер. Но они заранее тщательно обсудили упражнение и спланировали определенный маршрут, и психотерапевт контролировал уровень ее тревоги и когнитивные структуры по ходу движения, чтобы она не смогла ошибочно интерпретировать ситуацию как просто «поездку на машине с Сэмом».

Если психотерапевт замечает признаки того, что пациент начинает чувствовать чрезмерную эмоциональную связь с психотерапевтом, или если пациент открыто выражает эти чувства, психотерапевту необходимо тщательно и глубоко разобраться в ситуации. Если обсуждение мыслей и чувств пациента к психотерапевту является частью лечения, тогда естественно, что слишком личные мысли и чувства также должны быть определены и исследованы. Для психотерапевта важно осознать чувства пациента и объяснить ему, что это обычные реакции во время психотерапии. Однако для психотерапевта также очень важно открыто заявить, что несмотря на эти чувства нельзя устанавливать более личные отношения вместо профессиональных. Пациент, вероятно, будет иметь сильные эмоциональные реакции на процесс обсуждения этих чувств, так же как и на установление психотерапевтом четких границ. Таким образом, мысли и чувства пациента по этой проблеме должны рассматриваться на следующих нескольких сессиях, а возможно, и на протяжении всего лечения.

Когнитивные и поведенческие вмешательства

Структурный, основанный на сотрудничестве подход, применяемый в когнитивной психотерапии, можно использовать, чтобы помочь пациентам играть более активную роль в решении своих проблем. Даже составление плана сессии может стать упражнением на развитие инициативы. Этим пациентам свойственно пытаться передать все полномочия в психотерапии психотерапевту (например, на вопрос «На чем вы хотите сосредоточиться сегодня?» они отвечают такими заявлениями, как «О, на чем хотите» и «Откуда мне знать? Я уверена, лучшим будет то, что предложите вы»). При стандартной когнитивной психотерапии психотерапевт предлагает пациенту выбор из ряда тем для обсуждения и сам определяет тему для сессии, если пациентам ничего не приходит на ум. Но при работе с пациентами с ЗРЛ важно идти чуть дальше, объясняя, что, поскольку это их психотерапия, от них ожидают, что на каждой сессии они сами будут предлагать, как использовать время.

В случае с Карен психотерапевт смог заставить ее сотрудничать по выработке повестки дня; он спрашивал, стоит ли им обсудить то, о чем она сказала в начале этой сессии. Например, когда в начале одной сессии Карен вдруг сказала: «На этой неделе я ничего не сделала», — психотерапевт сказал: «Должны ли мы включить это в наш план на эту неделю и обсудить?» — даже при том, что Карен первоначально не предложила это как пункт повестки дня. Часть письменного домашнего задания на неделю может включать краткую запись некоторых идей для обсуждения на следующей сессии. Объясняя пациентам, что они должны вносить вопросы в повестку дня, продолжая спрашивать их об этом в начале каждой сессии (даже если они снова и снова не вносят никаких предложений) и ожидая, пока они что-нибудь предложат, прежде чем двигаться дальше, психотерапевт может таким образом способствовать более раннему активному включению пациентов в лечение. Так как эти пациенты обычно стремятся угодить психотерапевту, они в целом пытаются делать то, чего от них ждут. В конечном счете Карен стала вносить собственные вопросы в повестку дня (например, «плохое настроение», «проблемы с дочерью») на каждой сессии.

В начале лечения крайне важно ставить ясные, конкретные цели, так как прогресс в достижении целей может использоваться как убедительное доказательство при переоценке основного допущения зависимого человека, что он беспомощен. В конце концов, один из лучших способов оспорить убеждение, что человек беспомощен, — это собрать конкретные доказательства компетентности этого человека. При наличии в качестве основной первоначальной проблемы агорафобии, цели Карен включали следующее:

а) быть в состоянии водить машину;

б) быть в состоянии ходить по магазинам;

в) сидеть в церкви там, где хочется.

Постепенно подвергаясь все большему воздействию этих вызывающих тревогу ситуаций, Карен получила хорошую возможность пересмотреть убеждение в своей беспомощности. Когда Карен смогла

самостоятельно сходить в продовольственный магазин, сделать покупки и выписать чек, она очень гордилась собой и чувствовала себя немного более способной. Однако пациенту не обязательно выстраивать иерархию вызывающих тревогу ситуаций, чтобы собрать систематические доказательства своей компетентности. Для этого можно просто достичь любой конкретной цели. Когда Карен смогла выполнить план, связанный с пошивом одежды, она стала более уверенной в том, что может браться за дела, даже если они несколько сложны. Как указывают в своем разборе случая ЗРЛ Туркат и Карлсон (Turkat & Carlson, 1984), психотерапевт и пациент могут совместно построить иерархию все более и более трудных независимых действий. Например, иерархия принятия решений может охватывать действия от выбора вида фруктов на завтрак до решений о месте работы и жительства. Каждое принятое решение увеличивает убеждение пациента, что он может самостоятельно делать по крайней мере некоторые вещи.

Независимо от конкретных вмешательств, используемых в психотерапии, зависимое расстройство личности, вероятно, будет препятствовать достижению целей пациента. Когда время от времени это происходит, может быть полезно сосредоточить вмешательства на автоматических мыслях пациента. На второй сессии с Карен, когда она знакомилась с понятием иерархии, ей было сложно понять эту идею и она стала очень самокритичной. Она решила, что ей будет очень сложно оценить свою тревогу в баллах от 0 до 100, поэтому они с психотерапевтом решили вместо этого использовать шкалу от 0 до 10. Когда на третьей сессии ей рассказали о релаксационном тренинге, она сообщила о следующих мыслях: «Я не смогу это сделать», «Это слишком сложно» и «Я потерплю неудачу».

В частности, автоматические мысли о неадекватности, вероятно, будут мешать выполнению домашних заданий между сессиями. Поэтому необходимо в самом начале лечения выявлять и оценивать эти мысли. Поведенческие эксперименты на сессии могут быть очень полезны для пересмотра некоторых из этих идей. Например, когда психотерапевт предложил Карен отмечать и пересматривать автоматические мысли, она отреагировала на это своей типичной мыслью: «Я не смогу это сделать». Вместо того чтобы вести себя авторитарно и несмотря ни на что ускорять события, психотерапевт помог ей составить список преимуществ и недостатков выполнения «Записи дисфункциональных мыслей». Когда они взвесили все «за» и «против», она сообщила о следующей мысли: «Мне сложно выполнить задание в письменной форме». Психотерапевт смог провести поведенческий эксперимент, чтобы оспорить эту мысль, взяв книгу с книжной полки, открыв ее на случайной странице и попросив Карен громко прочитать первое предложение. Затем он попросил ее объяснить, что это предложение означает. Когда она смогла это сделать, они записали убедительный разумный ответ на ее автоматическую мысль: «Да, мне трудно воспринимать некоторые вещи в письменной форме, но, сосредоточившись, я вполне могу это сделать».

С учетом тенденции зависимых пациентов чувствовать неспособность самостоятельно делать разные вещи, для них имеет смысл упражняться в выполнении новых задач и возможных домашних заданий на сессии перед тем, как делать их дома. Например, перед тем как пациенты должны начать вести «Запись дисфункциональных мыслей», психотерапевт может заполнить первые колонки вместе с пациентом прямо на сессии. В случае с Карен для нее и ее психотерапевта было необходимо вместе поработать над определением мыслей на сессии, пока она не почувствовала в себе способность делать это самостоятельно. Они постепенно работали над предоставлением ей большей ответственности при записи мыслей в кабинете психотерапевта, и лишь после нескольких сессий практики она смогла записывать мысли и реакции в течение сессии и чувствовала себя готовой начать делать это самостоятельно. Хотя она низко оценивала результаты своей первой попытки записи дисфункциональных мыслей, они были не хуже, чем результаты многих пациентов при первых попытках (рис. 13.1). После некоторых советов психотерапевта вторая попытка выполнить домашнее задание была значительно более успешной (см. рис. 13.2).

Ежедневная запись автоматических мыслей

Рис. 13.1. Первая попытка Карен выполнить «Запись дисфункциональных мыслей»

Ежедневная запись автоматических мыслей

Рис. 13.2. Вторая попытка Карен выполнить «Запись дисфункциональных мыслей»

При планировании вмешательств небезопасно предполагать, что пациент фактически имеет недостаток навыка, даже когда он, очевидно, совершенно неспособен эффективно действовать в мире. Некоторые пациенты на самом деле имеют многие необходимые навыки, чтобы действовать самостоятельно и успешно, но либо не осознают это, либо не могут использовать. Когда действительно

имеется дефицит навыка, пациента можно научить таким навыкам, как уверенность в себе (например: Lange & Jakubowski, 1976), решение проблем (D'Zurilla & Goldfried, 1971), принятие решений (Turkat & Carlson, 1984) и социальное взаимодействие (Curran, 1977), чтобы увеличить его компетентность.

Карен так долго полагалась на других, что действительно имела недостаток навыков; так, она нуждалась в обучении различным копинг-навыкам, а также в помощи в пересмотре своих негативных мыслей о собственных способностях. Для преодоления тревоги она нуждалась в полном обучении навыкам релаксации (например: Bernstein & Borkovec, 1976). При обсуждении разных способов общения с мужем и дочерью она нуждалась в тренинге ассертивности. Нельзя было с уверенностью сказать, что она имела необходимый уровень навыков даже в определенных областях жизни. Когда она постепенно осваивала ситуацию вождения автомобиля, следовало не просто уменьшить ее тревогу. Карен так долго была убеждена в своей неспособности водить машину, что у нее возникали вопросы по правилам дорожного движения (например: «Как вы решаете, когда останавливаться на желтый свет?»), и нужно было уделять им внимание.

В дополнение к обучению зависимых пациентов различным общим копинг-навыкам и навыкам решения проблем Оверхолсер (Overholser, 1987) рекомендует обучать зависимых пациентов навыкам самоконтроля, например разработанным Ремом (Rehm, 1977) для лечения депрессии. Обучение самоконтролю включает в себя три основных компонента: самонаблюдение, самооценку и самоподкрепление. Самонаблюдение предполагает умение пациента фиксировать частоту, интенсивность и продолжительность определенных действий, включая предшествующие им и следующие за ними. Умение вести такие записи может помочь пациенту увидеть определенные изменения и улучшения, а не просто работать ради одобрения психотерапевта. Самооценка предполагает сравнение наблюдаемого выполнения работы со стандартом выполнения. Зависимые люди (такие, как Карен) могут иметь нереалистично высокие стандарты выполнения работы или быть так сосредоточены на стандартах других людей, что не имеют ясного представления о собственных стандартах. Обучение более точной оценке себя может помочь зависимым пациентам выработать такие стандарты и научиться определять, когда нужно обращаться с просьбой о помощи, не считая ее лишь признаком собственной неуверенности. Самоподкрепление предполагает наличие соответствующих последствий выполнения работы, удовлетворяющих собственным стандартам. Обучение зависимого человека подкреплять собственное желательное поведение — это, вероятно, наиболее важный аспект самоконтроля, так как зависимые люди имеют тенденцию полагаться исключительно на других, чтобы окружающие обеспечили им подкрепление. Для начала пациент может подкреплять желательное поведение конкретными наградами (например, вещи, которыми он вновь может распоряжаться в качестве желанного подарка, приятная прогулка, чтение главы романа), но также нужно включать и позитивные когнитивные подкрепления (например: «Эй, я действительно это сделал, и у меня неплохо получилось!»).

Хотя в целом пациенты с ЗРЛ склонны к сотрудничеству и стремятся угодить психотерапевту в начале лечения, они часто сталкиваются с проблемами при выполнении домашних заданий. Причиной этого может быть убеждение пациентов, что они неспособны к выполнению домашних заданий, или дефицит навыков; но это может происходить и в том случае, если пациенты боятся быстрого прогресса в психотерапии и слишком быстрого достижения своих целей. В таких случаях может быть полезно составить список преимуществ и недостатков изменения, серьезно изучив недостатки достижения целей. Часто, когда пациентов впервые спрашивают о недостатках улучшения в результате психотерапии, они удивляются и настаивают, что достижение их целей полностью позитивно. При более тщательном рассмотрении в любых изменениях обнаруживаются недостатки. Вместо того чтобы подталкивать пациента к автономии, психотерапевту следует предложить пациенту изучить причины нежелания изменяться. Это может заставить пациента попытаться убедить психотерапевта, что изменение полезно, — ситуация, которая, вероятнее всего, приведет к согласию.

Как описано выше, Карен выполнила свое первое задание в естественных условиях, проехав с психотерапевтом в автомобиле. Она очень хорошо справилась с ним, ее тревога, как и ожидалось, снизилась, и она смогла проехать дальше, чем ожидалось, но она не была уверена в том, как она чувствовала себя в конце сессии, и сказала, что у нее было «много смешанных чувств». Они были рассмотрены на следующей сессии.

Психотерапевт: Даже притом что вождение в естественных условиях прошло хорошо, у вас были какие-то смешанные чувства в связи с этим. Что вы думаете об этом на этой неделе?

Карен: Я не могу точно сказать, что я чувствую в связи с прошлой неделей. Я так озадачена. Я даже думала о том, чтобы закончить психотерапию.

Психотерапевт: Это немного удивляет меня. С одной стороны, вождение прошло хорошо и ваша тревога быстро ослабла, но, с другой стороны, у вас внезапно появились мысли о прекращении

психотерапии. Что, по-вашему, происходит?

Карен: Не знаю. Со мной что-то случилось на прошлой неделе. Возможно, я борюсь с этим, потому что знаю, что могу это делать? Или я боюсь того, что я собираюсь быть независимой? Я люблю, когда Джордж [муж] заботится обо мне.

Психотерапевт: Это важно. Помогите мне это понять. Означает ли для вас возможность ездить на машине бóльшую независимость и беспокоит ли это вас?

Карен: Возможно.

Психотерапевт: Что может случиться, если вы станете более независимой?

Карен: Ну тогда я могу потерпеть неудачу.

Психотерапевт: Что вы имеете в виду?

Карен: Независимые люди делают разные вещи. И я могу потерпеть неудачу. Я полагаю, что если я буду зависеть от Джорджа, я не смогу потерпеть неудачу.

Психотерапевт: Итак, если вы сможете водить машину, это будет означать, что вы стали более независимой, а бóльшая независимость — это бóльшая вероятность сделать ошибку.

Карен: Я полагаю, что да.

Психотерапевт: Хорошо. Мне кажется, я понимаю, что вы чувствуете: ваш успех пугает вас, потому что противоречит вашему представлению о себе. Можем ли мы обсудить это поподробнее?

Карен: Да, я хотела бы это сделать, потому что все это кажется таким непонятным.

[Значительная часть сессии была потрачена на то, чтобы обнаружить и исследовать совокупность когнитивных структур, связанных с независимостью.]

Психотерапевт: Хорошо, если подвести итог, создается впечатление, что вы не были вполне готовы ко всем изменениям, которые могло бы принести увеличение независимости. Может быть, имеет смысл действовать более постепенно, чтобы вам было легче принимать изменения?

Карен: А это возможно? Если так, то мне стало легче. Теперь я могу расслабиться.

Психотерапевт: Я хотел бы услышать ваши предложения по поводу того, как именно нам замедлить ваше продвижение.

Иногда исследование преимуществ и недостатков изменения показывает, что изменение действительно не кажется пациенту выгодным. Например, Дороти, 24-летняя домохозяйка, обратилась за лечением по поводу депрессии. Она всегда чрезвычайно зависела от своей матери и никогда не училась делать что-либо самостоятельно. Она твердо верила в то, что ничего не сможет сделать сама, и поэтому боялась пытаться сделать что-нибудь новое, так как была уверена, что эти попытки обречены на полный провал. Сразу после окончания школы она вышла замуж за своего бывшего одноклассника и вместе с ним переехала в другой штат. После этого у нее началась сильная депрессия. Ее мучили мысли об исполнении своих домашних обязанностей, и она чувствовала свою беспомощность перед ними, поскольку рядом с ней не было матери. Она размышляла о своей неадекватности и полагала, что все снова будет прекрасно, если она вернется в родной город. Но по мере прогресса в лечении Дороти обнаружила обеспокоенность тем, что если ее депрессия ослабнет и она научится принимать жизнь вдали от родного города, ее муж потеряет стимул к возвращению. Когда она признала, что ее главная цель состояла в том, чтобы убедить мужа переехать обратно, стало ясно, почему она проявляла несогласие в лечении. Ее настроение улучшилось только после того, как муж согласился вернуться в родной город не позже чем через год.

Таким образом, часто имеются некоторые непреодолимые для зависимого человека причины, чтобы иметь двойственное отношение к изменениям. Как ни странно, беспомощность, как в случае с Дороти, может помогать добиться своего, и от этого трудно отказаться. В таких случаях психотерапевт должен помочь пациенту в определении того, чего он лишится, став менее беспомощным, и совместными усилиями найти конструктивную замену. Например, Карен беспокоилась о том, что муж не будет проводить с ней время, если она сможет ходить по магазинам самостоятельно. Но затем она пришла к выводу, что вместо этого они обязательно будут ходить куда-нибудь вместе раз в неделю. Таким образом она нашла возможность проводить время с мужем, не будучи беспомощной.

Дихотомическое представление пациента о независимости — это важнейшая область для исследования. Когда пациент полагает, что человек либо полностью зависим и беспомощен, либо полностью независим, изолирован и одинок, любое движение в сторону автономии может казаться обязывающим к полному и постоянному одиночеству. В таких случаях весьма полезна работа по созданию континуума от зависимости до независимости (рис. 13.3). Если пациент увидит, что существует множество шагов между крайностями полной зависимости и полной независимости, он сможет меньше бояться делать успехи маленькими шагами. Можно проиллюстрировать это пациентам, сообщив, что даже независимые, успешно действующие взрослые предпринимают шаги, чтобы обеспечить доступность помощи в необходимых случаях, например вступают в автоклубы. Таким образом, никто не должен быть всегда полностью независимым, и нет ничего постыдного в том, чтобы

признать, что человек время от времени нуждается в помощи.

Рис. 13.3. Типичный континуум независимости, построенный совместно с зависимым клиентом

Дихотомическое мышление Карен заставляло ее делать вывод, что всякий раз, когда она допускает хотя бы небольшую ошибку, она оказывается «полной дурой». Работа с этим когнитивным искажением через выделение свойственного ее подходу двойного стандарта была очень полезна. Когда ее спрашивали, делала бы она те же выводы, если бы подруга допустила ту же ошибку, она смогла понять, что устанавливала для себя совершенно другие стандарты по сравнению с теми, которые считала подходящими для других людей. Когда Карен задумалась о том, сделала бы она такой вывод в случае ошибки своей подруги, она поняла, что установила для себя совсем другие стандарты, чем для всех остальных. Помня о ее дихотомическом мышлении, при выборе домашних заданий психотерапевт намеренно поручил ей неправильно выполнять «Запись дисфункциональных мыслей» (например, допускать ошибки и неаккуратное письмо, не включать все мысли, помещать некоторые пункты не в ту колонку). Он объяснил Карен, что таким образом можно воспрепятствовать ее тенденции бросать начатую работу сразу же, как только она увидит, что не все получается идеально, и делать выводы о собственной глупости.

На определенном этапе лечения зависимые пациенты должны исследовать убеждение, что если они станут более компетентными, их бросят. Хороший способ пересмотреть это убеждение — провести поведенческие эксперименты, в которых пациенты должны вести себя более компетентно и наблюдать реакцию окружающих на это. Поскольку такой тип поведенческого эксперимента предполагает участие других людей, это действительно «эксперимент» в том смысле, что ни пациент, ни психотерапевт не могут быть уверены в том, какие результаты будут получены. Хотя иррационально полагать, что человек останется полностью брошенным и навсегда в одиночестве, если он уверен в себе, психотерапевт действительно не знает, приведет ли бо́льшая автономия к тому, что данного человека не бросят. Психотерапевт Карен не был лично знаком с ее мужем Джорджем и не мог знать, как он отреагирует на изменения в Карен. Многих людей привлекает зависимость близких, поэтому возможно, что супруг (родитель и т. д.) отреагирует негативно, если пациент начнет изменяться, становясь более уверенным в себе и независимым. Зависимое поведение может активно подкрепляться значимыми другими, и попытки измениться могут быть наказаны. Но возможно и то, что супруг хорошо отреагирует на эти изменения, даже если пациент ожидал обратного. С помощью маленьких шагов можно наблюдать реакцию супруга, не рискуя вызвать серьезные или долговременные последствия.

Карен была очень обеспокоена тем, как муж отреагирует на ее возросшую независимость. Его первая жена изменила ему, и он много раз высказывал опасения, что Карен тоже изменит. Он, казалось, разными способами поддерживал ее зависимость: сопровождал ее при посещении магазинов, предлагал делать то, что она могла сделать сама, и волновался, если точно не знал, где она находится. Хотя Карен беспокоили его реакции, она смогла подвергнуть себя воздействию все более вызывающих тревогу ситуаций, включая посещение магазинов и самостоятельное вождение. С большим удивлением Карен обнаружила, что муж реагирует на ее прогресс только положительно. Психотерапевт предложил провести семейную психотерапию, но Карен пришла к выводу, что муж доволен переменами в ней, и семейная психотерапия оказалась не нужна.

Если же реакция супруга (супруги) на возросшую независимость пациента негативна, следует использовать другие варианты лечения. Часто целесообразна семейная психотерапия, которая помогает близким пациенту людям приспособиться к изменениям в нем или даже меняться вместе. Если же пациенты или их супруги не хотят проходить семейную психотерапию, пациент должен рассмотреть альтернативные варианты: сохранение существующего подхода к отношениям, изменение приобретенной уверенности в себе так, чтобы она была более приемлема для супруга, а возможно, даже разрыв отношений. Даже если идея разрыва отношений пугает пациента, ее следует осознать как один из многих возможных вариантов.

Независимо от того, решает ли человек сохранить отношения и работать для изменения, сохранить отношения и принимать все как есть или прервать их, психотерапевт в конечном счете должен обсудить возможность разрыва отношений и пересмотреть катастрофическое мышление пациента в связи с такой возможностью. Даже если пациент настаивает, что в зависимых отношениях все обстоит прекрасно, никто не может рассчитывать на то, что другой человек всегда будет рядом, поскольку в жизни случается всякое. Конечно, психотерапевту никогда не стоит минимизировать печаль, связанную с потерей важных отношений. Цель состоит не в том, чтобы пытаться убедить зависимых пациентов, что другие люди ничего не значат, а в том, чтобы помочь таким пациентам понять, что даже притом что потеря отношений может быть очень огорчительной, они могут и должны пережить ее.

Можно способствовать продвижению от зависимости к автономии в процессе психотерапии, изменяя структуру самой психотерапии. Переход от индивидуальной к групповой психотерапии помогает уменьшить зависимость пациента от психотерапевта и снизить интенсивность отношений. В условиях группы пациент может по-прежнему получать много поддержки, но эта поддержка будет уже исходить по большей части от группы, а не от психотерапевта. Это хороший первый шаг для поиска более естественных форм поддержки со стороны семьи и друзей. Установлено, что моделирование помогает развить независимое поведение (Goldstein, Martens, Hubben, Van Belle, Schaaf, Wirsma, & Goedhart, 1973), а также в групповой психотерапии другие пациенты могут служить моделями для развития навыков. Наблюдение за тем, как другой участник группы уверенно выражает гнев в адрес ведущего группы или как участники группы постепенно приближаются к решению проблемы, может дать полезные примеры поведения, которому пациент пытается научиться. Кроме того, условия групповой психотерапии дают возможность относительно безопасно попрактиковаться в новых навыках, таких как уверенность в себе. Например, упражняясь в более открытом и уверенном выражении чувств, сначала через ролевую игру, а затем делясь своими чувствами с ведущими группы и ее участниками и получая конструктивную обратную связь, пациент может развивать уверенность в себе, чтобы затем опробовать подобные формы поведения в отношениях вне группы.

Завершение психотерапии

Пациенты с ЗРЛ могут бояться завершения психотерапии, так как полагают, что будет невозможно сохранить достигнутые успехи без поддержки психотерапевта. Вместо того чтобы пытаться вербально оспаривать это убеждение, можно проверить его, применяя в качестве поведенческого эксперимента «исчезающие» сессии, то есть назначая их менее часто. Если сессии обычно проводились еженедельно, переход к графику «раз в две недели» позволяет пациентам увидеть, насколько хорошо их изменения сохраняются в течение двух недель. Как только пациенты увидят, что они могут хорошо действовать в течение двух недель, им следует переходить к ежемесячным сессиям. Если пациенты не способны сохранить достигнутые успехи в течение двух недель, возможно, они еще не готовы к завершению психотерапии, и нужно возвратиться к еженедельным сессиям, пока не будут решены оставшиеся проблемы. Если пациентам предоставить больше свободы в установлении частоты сессий, это, вероятно, ослабит их опасения и поможет им перейти к более редким сессиям, поскольку при желании они смогут изменить свое решение. Психотерапевт может проводить сессии все реже и реже, предлагая встречаться каждый месяц, каждые три месяца или даже каждые шесть месяцев. Но когда пациентам предоставлено такое право свободного выбора, они обычно начинают понимать, что если смогут целый месяц обходиться без психотерапии, они на самом деле больше не нуждаются в лечении.

Другой способ облегчить пациенту с ЗРЛ завершение психотерапии — предложить при необходимости проводить поддерживающие сессии. При завершении психотерапевт может объяснить, что если пациент будет испытывать какие-либо трудности в будущем, в связи как уже с обсуждавшимися, так и с новыми проблемами, он может снова обратиться к психотерапевту для проведения одной или двух поддерживающих сессий. Такие поддерживающие сессии часто нужны, чтобы вернуть пациентов «на правильный путь», предложив им возобновить вмешательства, которые помогли в прошлом. Простое знание о том, что существует возможность повторного контакта с психотерапевтом, помогает облегчить переход к завершению психотерапии.

Предоставить зависимому пациенту больше автономии — значит дать ему возможность принимать независимые решения, в результате чего лечение может пойти не в том направлении, которого ожидал психотерапевт. Иногда необходимо позволить пациенту быть более независимым. Например, в течение нескольких сессий мотивация Карен, казалось, ослабевала, и она не выполняла домашние задания. Ее мысли и чувства об этих заданиях подробно обсуждались на нескольких сессиях. Когда Карен пришла на очередную сессию, она очень неуверенно сказала:

Карен: Я больше не хочу этого делать.

Психотерапевт: Я не совсем понимаю — разве вы не хотели быть в состоянии ездить самостоятельно?

Карен: Да, но не сейчас. Я чувствую, что вы подталкиваете меня.

Психотерапевт: Вы, похоже, немного раздражены.

Карен: *(После паузы.)* Ну, возможно. И виновата.

Психотерапевт: Виновата?

Карен: Возможно, я должна делать больше, и вы расстроитесь, если я не сделаю.

Психотерапевт: Чего же вы хотите?

Карен: *(Твердо.)* Я хочу работать над вождением в своем собственном темпе.

Психотерапевт: Похоже, вы уже определились с этим. Что-то не так?

Карен: Нет, ничего. Мне просто интересно, есть ли какой-то прогресс.

Психотерапевт: Вы хотели бы потратить некоторое время на то, чтобы рассмотреть ваши успехи, тогда можем увидеть, о чем говорят факты и как это влияет на наши дальнейшие планы.

Карен: Да, это хорошая идея. Мне уже легче. Я думала, что вы рассердитесь на меня.

Психотерапевт: Вы хотели сделать мне приятное?

[Они потратили 15 минут, рассматривая прогресс в психотерапии. Карен чувствовала, что она достигла существенного прогресса по семи из своих восьми целей.]

Карен: Теперь я чувствую себя намного свободнее. До сих пор я этого не понимала.

Психотерапевт: Похоже, об этом говорят факты. Итак, в каком направлении вы хотели бы двигаться дальше?

Карен: Я просто хочу поработать над вождением сама. Я знаю, что должна это сделать.

Психотерапевт: Тогда не хотели бы вы потратить некоторое время на обсуждение того, как вы будете это делать, и посмотреть, что может помешать дальнейшему прогрессу?

[Они работали над этим в течение 15 минут.]

Психотерапевт: Хорошо. Итак, похоже, что теперь у вас есть ясный план того, как продолжить ваше движение вперед, а также некоторые идеи относительно того, что делать, если неожиданно возникнут проблемы. Как вам это нравится?

Карен: Действительно неплохо. Я думала, что сегодня уйду отсюда расстроенной. Но я знаю, что это именно то, чего я хочу.

Психотерапевт: То есть вы ожидали, что если вы будете откровенны в том, что вы хотите от меня, это будет катастрофой. Что вы обнаружили?

Карен: Как раз обратное. Вполне нормально выбирать то, что я хочу.

Психотерапевт: И конечно, вы знаете, что если вы решите, что снова нуждаетесь в помощи, или заметите признаки сползания к прежнему состоянию, имеет смысл позвонить мне, чтобы мы смогли подумать, что можно сделать.

Хотя лечение ЗРЛ может проходить медленно и трудно, а иногда вызывать фрустрацию, оно также может быть очень полезным. Как показано Туркатом и Карлсоном (Turkat & Carlson, 1984) в их исследовании случая пациента с ЗРЛ, распознавание расстройства, исчерпывающая формулировка случая и стратегическое планирование вмешательств, основанных на этой формулировке, вероятно, сделают лечение более эффективным и менее болезненным, чем одно лишь симптоматическое лечение. Правильно интерпретируя лечебный процесс и применяя осторожное стратегическое планирование, психотерапевт будет иметь возможность наблюдать чудесное превращение пациента в автономную зрелую личность, и получить наслаждение, сравнимое с тем, которое мы получаем, глядя на растущих детей.

Глава 14.
Обсессивно-компульсивное расстройство личности

В современной западной культуре обсессивно-компульсивное расстройство личности (ОКРЛ) довольно распространено, особенно среди мужчин (АРА, 1987). Отчасти это вызвано тем, что общество ценит умеренное выражение некоторых свойств этого стиля личности, таких как внимание к деталям, самодисциплина, эмоциональный контроль, настойчивость, надежность и вежливость. У некоторых людей, однако, эти характеристики выражены в такой степени, что препятствуют нормальной деятельности и являются причиной стресса. Так, когда имеется диагностированное расстройство личности, обсессивно-компульсивный человек становится ригидным, склонным к перфекционизму, догматическим, погруженным в размышления, морализирующим, негибким, нерешительным и эмоционально и когнитивно блокированным.

Исторический обзор

По мнению Карра (Carr, 1974), первым ОКРЛ описал Эскироль в начале XIX столетия. В XX веке специалисты по проблемам психического здоровья проявляли повышенный интерес к ОКРЛ. Фрейд (Freud, 1908/1963) и некоторые другие ранние психоаналитики (Abraham, 1921/1953; Jones, 1919/1961) первыми подробно разработали теорию и способы лечения таких пациентов. Возникла некоторая неразбериха с терминами «обсессивный» и «компульсивный», потому что ранние психоаналитики использовали их для описания как определенного симптоматического, патологического поведения, так и типа расстройства личности. Этот невроз (или обсессивно-компульсивное расстройство Оси I, как это теперь называется в *DSM-III-R*) и расстройство личности (теперь ОКРЛ Оси II), как предполагалось,

возникали в течение анальной стадии развития (возраст от года до трех лет) из-за неправильного обучения пользованию туалетом.

Обсессивно-компульсивное расстройство характеризуется симптомами обсессивности, проявляющейся в постоянных, ритуализированных паттернах мышления, или компульсивности, проявляющейся в постоянных, ритуализированных паттернах поведения. Для ОКРЛ, или анального характера, свойственны такие черты личности, как упрямство, аккуратность и скупость, или комбинации навязчивых идей и действий. Эти черты личности, как предполагается, развились из тех же конфликтов и с использованием тех же защитных механизмов (регрессия, реактивное образование, ритуализация, изоляция и аннулирование), что и симптомы обсессивно-компульсивного расстройства. Эти черты личности тем не менее отражены в общем, совместимом с представлением человека о себе, стиле личности, а не в определенных симптоматических формах поведения. По мнению Феничела (Fenichel, 1945), неизвестно, почему у одного человека развивается ОКРЛ, тогда как у другого человека возникают определенные навязчивые идеи или действия, но возможно, что расстройство личности отражает задержку в развитии, поскольку определенные симптомы навязчивости являются регрессом к анальной стадии психосексуального развития.

Другим теоретиком в психоаналитической традиции, описавшим обсессивно-компульсивное расстройство, или, как он называл навязчивых пациентов, «живые машины», был Вильгельм Райх (Reich, 1945, p. 215). Он также считал, что это расстройство возникает ввиду склонности родителей к жестким методам и наказаниям при обучении ребенка пользованию туалетом на анальной стадии развития. Из-за этого у ребенка формируется слишком строгое суперэго, или совесть, которая позже ведет к чрезмерному контролю и конфликту в связи с выражением побуждений, желаний или эмоций. Райх полагал, что этот ранний, связанный с развитием паттерн является причиной множества особенностей, которые он отмечал у взрослых пациентов с ОКРЛ, в том числе таких, как чувство вины, стремление к контролю, подавление окружающих, педантизм и эмоциональная холодность.

Представитель неопсихоанализа Гарри Стэк Салливан писал об ОКРЛ несколько с иных позиций (Sullivan, 1956). Салливан создал теорию межличностного психоанализа. Он полагал, что психологические проблемы возникают из отношений людей с другими, а не из фиксации на различных стадиях психосексуального развития инстинктов, как полагали фрейдисты. По мнению Салливана, основная проблема людей с ОКРЛ — чрезвычайно низкий уровень самооценки. Предполагалось, что это имеет место, когда ребенок растет в обстановке гнева и ненависти, при этом гнев и ненависть по большей части скрыты за поверхностными любовью и вниманием. Вследствие этого навязчивые люди учатся тому, что Салливан называет «вербальной магией». Слова используются, чтобы искажать или оправдывать истинное положение дел, например: «Эти шлепки причиняют мне больше боли, чем тебе». Навязчивые люди учатся слишком полагаться на слова и внешние правила, чтобы регулировать свое поведение. Они не склонны развивать свои эмоциональные и межличностные навыки и фактически обычно избегают близости из-за страха, что другие узнают их.

Другим представителем неопсихоанализа, который подчеркнул важность низкой самооценки при ОКРЛ, был Андраш Андьял (Andyal, 1965). Андьял, как и Салливан, полагал, что основой для расстройств навязчивых людей является непоследовательное, часто противоречивое поведение родителей. Действия и чувства родителей часто явно не совпадают с их словами, или же они ведут себя очень беспорядочным, очевидно иррациональным образом, например могут быть нежными, а через мгновение — холодными и отвергающими. Ребенка приводят в замешательство противоречивые требования родителей и их очевидная неспособность делать то, чему они учат ребенка.

Третий представитель неопсихоанализа, много писавший об ОКРЛ, — Леон Зальцман. Он заявляет, что «первичная динамика во всех случаях [обсессивно-компульсивных личностей] будет проявляться как попытка установить контроль над собой и окружением, чтобы избежать мучительного чувства беспомощности или преодолеть его» (Salzman, 1973, p. 27). Зальцман полагает, что этот паттерн усиливается склонностью навязчивых людей кидаться в крайности. Навязчивые люди стремятся к наиболее полному контролю над ситуацией, пытаются развивать свой интеллект до степени всеведения. Эта потребность в универсальном знании и совершенстве ведет к нежеланию рисковать, нерешительности, промедлению (чтобы не сделать ошибку), ригидности, чувству грандиозности и дискомфорту, вызванному беспорядочностью эмоциональной жизни.

Теоретики бихевиоризма очень мало писали об ОКРЛ. Они больше сосредоточивали внимание на определенных навязчивых идеях и действиях, которые характерны для обсессивно-компульсивного расстройства Оси I *DSM-III-R*. Прежде всего это обусловлено представлением бихевиористов о психологических проблемах как состоящих из конкретных, сформировавшихся в результате научения, дезадаптивных паттернах поведения и их общим неверием в существование четких, устойчивых стилей личности или черт.

Миллон (Millon, 1981; Millon & Everly, 1985) писал об ОКРЛ с точки зрения биосоциальной

теории научения. В этой теории он пытается объединить биологическую теорию научения и психодинамические подходы к пониманию развития личности. Миллон заявляет, что навязчивого человека лучше всего можно описать одним словом: «приспосабливающийся». Он полагает, что навязчивого человека воспитывают чрезмерно контролирующие родители, которые наказывают ребенка за самостоятельное поведение или как-либо иначе не одобряют его. Таким образом, у ребенка никогда не развивается индивидуальность, и он живет в мире, приспосабливаясь к усвоенным строгим родительским стандартам и к стандартам окружающих.

Экспериментальные и клинические данные

Исследований по ОКРЛ очень немного. До настоящего времени бóльшая часть сведений об этом расстройстве была получена из клинической работы. Есть много свидетельств того, что ОКРЛ как определенного клинического явления действительно не существует. В нескольких исследованиях с применением факторного анализа было установлено, что различные черты, которые, как предполагается, характеризуют ОКРЛ, на самом деле обычно не присутствуют у человека вместе (Hill, 1976; Lazare, Klerman, & Armor, 1966; Torgerson, 1980). Но в то же время недостаточно доказательств и того, что ОКРЛ происходит от неадекватного обучения пользованию туалетом, как предлагается в психоанализе (Pollack, 1979). Адамс (Adams, 1973), работая с навязчивыми детьми, обнаружил, что родители этих детей имели массу навязчивых черт, включая строгость и стремление к контролю, чрезмерную конформность, недостаток эмпатии и неодобрение спонтанного выражения эмоций. Какой процент детей с навязчивыми чертами личности вырастает во взрослых с ОКРЛ, пока не установлено.

Начинают проводиться некоторые исследования генетических и физиологических основ ОКРЛ. В исследовании Клиффорда, Мюррея и Фалкера (Clifford, Murray, & Fulker, 1980) с использованием шкалы черт Опросника навязчивости Лэйтона, на выборке монозиготных близнецов была обнаружена значимо более высокая корреляция навязчивых черт, чем на выборке дизиготных близнецов. В другом исследовании Смоклер и Шеврин (Smokler & Shevrin, 1979) изучали навязчивый и гистрионный стили личности в связи с работой полушарий мозга, отражающейся в боковых движениях глаз. Авторы обнаружили, что навязчивые испытуемые больше смотрят направо, что указывает на более высокую активность левого полушария, в то время как гистрионные испытуемые больше смотрят налево. Левое полушарие связывается с языком, аналитическим мышлением и интеллектом, то есть с тем, что обычно приписывают навязчивым людям. Правое полушарие связывается с образным и синтетическим мышлением.

Когнитивное осмысление психотерапии

По мнению Бека, Раша, Шоу и Эмери (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979), когнитивная теория «основана на теоретическом положении, что эмоции и поведение человека в значительной степени определяются тем, как он структурирует мир. Его когниции (вербальные или образные «события» в его потоке сознания) основаны на установках или допущениях (схемах), сформировавшихся на базе прошлого опыта» (p. 3).

Первым теоретиком, всесторонне описавшим ОКРЛ с когнитивной точки зрения, был Дэвид Шапиро. Имея подготовку психоаналитика, он развивал свою концепцию из-за неудовлетворенности психоаналитической теорией расстройств личности. Шапиро обрисовал структуру и характеристики нескольких, как он их называл, «невротических стилей». Он писал, что у человека «общий стиль мышления может рассматриваться как матрица, из которой кристаллизуются различные черты, симптомы и защитные механизмы» (Shapiro, 1965, p. 2), и что «взгляд на симптоматическое поведение как на отражение того, какие способы мышления и видения вещей характерны для человека, в некотором отношении не только отличается от традиционного динамического представления, но фактически противоречит ему» (Shapiro, 1981, p. 3–4).

Шапиро, хотя и не представляет всесторонней теории ОКРЛ, обсуждает то, что он рассматривает как три его основные характеристики. Первая из них — это ригидный, напряженный, сосредоточенный стиль мышления. Шапиро находит, что когнитивные процессы навязчивых людей «привязаны к стимулам», что несколько напоминает характеристики лиц с органическим поражением головного мозга. Они постоянно внимательны и сосредоточены и, похоже, редко позволяют себе отвлекаться на что-либо. Таким образом, они обычно с успехом выполняют технические, детализированные задания, но редко удивляются и плохо понимают более глобальные, импрессионистичные качества вещей, такие как настроение собрания людей. Шапиро описывает навязчивых людей как отличающихся «активным невниманием». Их отвлекает и беспокоит новая информация или влияния извне, выходящие за пределы

их ограниченных интересов, и они активно стараются не позволить себе отвлечься.

Вторая характеристика, обсуждаемая Шапиро, — искажение чувства автономии у обсессивно-компульсивной личности. У навязчивого человека «нормальная регуляция собственного поведения, заключающаяся в произвольном выборе и преднамеренных, целенаправленных действиях, искажена и превращается в сознательное направление каждого действия на оказание, подобно надзирателю, постоянного намеренного давления на себя, на руководство собой и даже, насколько бы странным это ни казалось, на руководство своими желаниями и эмоциями» (Shapiro, 1965, p. 36–37). Фундаментальным аспектом переживаний навязчивых людей является когнитивная структура «я должен». Навязчивые люди переживают любое ослабление осмотрительности или целеустремленной деятельности как неправильное и опасное. Они обращаются к этике, логике, социальной традиции, уместности, семейным правилам и поведению в подобных ситуациях в прошлом, чтобы установить, что они «должны» делать в данной ситуации, и затем действуют соответственно.

Заключительная характеристика обсессивно-компульсивной личности, упомянутая Шапиро, — утрата чувства реальности или чувства уверенности в окружающем мире. Ввиду того что навязчивые люди в значительной степени отрезаны от своих желаний, предпочтений и эмоций, их решения, действия и убеждения обычно намного беднее, чем у большинства людей. Это ведет к различным комбинациям непрерывного сомнения или догматизма, которые являются двумя формами попытки преодолеть этот конфликт.

Об ОКРЛ также писали когнитивные психотерапевты Гидано и Лиотти (Guidano & Liotti, 1983). Они заявляют, что дезадаптивными компонентами, лежащими в основе и ОКРЛ, и ритуального поведения при обсессивно-компульсивном расстройстве Оси I, являются перфекционизм, потребность в уверенности и сильное убеждение в существовании абсолютно правильного решения человеческих проблем. Эти убеждения ведут к чрезмерному сомнению, отсрочкам, чрезмерной заботе о деталях и неуверенности при принятии решений. Гидано и Лиотти, так же как Салливан и Андьял, обнаружили, что навязчивые люди обычно воспитывались в семьях, в которых получили очень двойственные, противоречивые сообщения по крайней мере от одного из родителей.

Характеристики ОКРЛ

Мыслительные процессы навязчивых людей отличаются определенным содержанием, стилем и структурой. Мысли навязчивого пациента часто иррациональны и дисфункциональны, что приводит к дезадаптивным эмоциям, действиям и физиологическим реакциям. Для навязчивого пациента характерны следующие автоматические мысли.

— Я должен в совершенстве выполнить это задание.

— Я должен сделать это сам, или это не будет сделано правильно.

— Я должен делать что-нибудь продуктивное, а не тратить время на чтение этого романа.

— Я лучше еще подумаю об этом, прежде чем решить, что делать, иначе я могу допустить ошибку.

— Что, если я забыл что-то взять с собой?

— Этот человек плохо себя вел и должен быть наказан.

— Я лучше переделаю это, чтобы убедиться, что я все сделал правильно.

— Я не должен выбрасывать эту старую вещь, потому что однажды она может понадобиться.

— Я должен хотеть выполнить это задание.

— Я должен получить удовольствие на этой вечеринке.

Автоматические мысли навязчивых людей основаны на определенных допущениях, которых они придерживаются относительно себя и мира. Мак-Фалл и Воллершайм (McFall & Wollersheim, 1979) и Фримен, Претцер, Флеминг и Саймон (Freeman, Pretzer, Fleming, & Simon, 1990) выявили некоторые наиболее важные и проблемные из таких допущений. Наиболее распространены следующие из них.

1. *«Существуют правильные и неправильные поступки, решения и эмоции».* Обычно имеется узкий диапазон действий и чувств, считающихся совершенно приемлемыми. Все, что не попадает в пределы этой узкой области, несовершенно и поэтому «неправильно». Например, одна студентка жаловалась, что «теряет самообладание», так как раздражалась, когда ее соседка по комнате, уходя, оставляла все в беспорядке. Даже притом что ее раздражение было умеренным и большинством рассматривалось как вполне обоснованное, она расстраивалась, потому что не хотела испытывать никаких негативных эмоций.

2. *«Я должен избегать ошибок, чтобы чего-то стоить».* Если навязчивые люди делают или чувствуют что-нибудь, что является несовершенным, они делают вывод, что они плохие или ничего не стоящие люди. Поскольку невозможно быть постоянно совершенным, навязчивые люди страдают от

низкой самооценки и депрессии. Перспектива быть несовершенным в будущем вызывает тревогу, панику и избегание. Примером этого является страдающий навязчивым расстройством художник, который избегает работать над своей самой последней картиной, потому что она может быть в каком-то отношении «неправильной» — она может быть недостаточно социально уместной, или не вписываться в историю искусства, или не понравиться другу. Любой из этих недостатков означает, что он ничего не стоит как художник.

3. *«Сделать ошибку — значит потерпеть неудачу» и «Неудача невыносима».* Представление навязчивого человека о том, что успех требует совершенства, неизбежно приводит к переживанию неудачи. Отсюда вытекает предположение о том, что неудача — это ужасно. Это предположение заставляет переживать многие обычные недостатки жизни как невыносимые, трагические и ужасные. Примером такого рода размышлений может служить бизнесмен, желавший достать особенный подарок для своей секретарши, которая ему очень нравилась. Заказав ей драгоценности, он очень переживал, понравятся ли они ей. Мысль о том, что он мог сделать ошибку (подарок не понравится), вызывала у него депрессию и тревогу.

4. *«Сделать ошибку — значит заслужить критику».* Отмечается примерно следующий ход мыслей. Человек (неизбежно) несовершенен и поэтому чувствует себя очень виноватым (то есть осуждает себя). Если человек не подвергает себя жесткой критике за ошибки, он усугубляет эти ошибки и становится все более и более несовершенным и ничего не стоящим. Например, навязчивая женщина, которая придерживается диеты для похудания, думает, что любое даже небольшое отклонение от предписанной программы означает, что она потерпела неудачу. Так, если она будет строго соблюдать свою диету 11 дней, а на 12-й день съест булочку, то будет чувствовать, что потерпела неудачу, и должна будет признать, что совершенно не в состоянии себя контролировать и что она толстая и отвратительная. Если психотерапевт выскажет предположение, что ее вина и депрессия непропорциональны ее «греху», она возразит, что без чувства вины она будет все меньше контролировать себя и в конечном счете еще больше растолстеет.

5. *«Я должен полностью контролировать свое окружение, так же как и себя», «Потеря контроля невыносима» и «Потеря контроля опасна».* Эти допущения лежат в основе настойчивого стремления навязчивых людей к уверенности и предсказуемости. Без предсказуемости мира таким людям сложно сохранить полный контроль и избежать ошибок. Таким образом, навязчивые люди снова требуют от себя невозможного. Когда они не смогут соответствовать своим обязательствам, они испытают ужас и фрустрацию. Поэтому им приходится постоянно заботиться о том, чтобы не подвергнуть себя ужасному риску допустить ошибку.

6. *«Если что-либо является опасным или может быть таковым, человек должен быть ужасно расстроен этим».* Рассмотрим, например, навязчивую женщину, которая услышала в «Новостях», что у какого-то несчастного прямо за рулем случился инсульт, в результате чего он погиб в автокатастрофе. Обсессивно-компульсивная личность, скорее всего, отреагирует тем, что будет бояться ездить в одиночку из страха инсульта и смерти. Не имеет никакого значения, что описанная клиентка — здоровая 34-летняя женщина, а человеку в «Новостях» было 62 года и он страдал гипертонией и уже перенес инсульт. Навязчивые люди не могут просто понять, что если что-то может быть опасным, то достаточно предпринять определенные шаги, чтобы уменьшить риск, и выбросить это из головы. Они вынуждены долго волноваться в связи с этим. Причина подобного кроется в следующем пункте.

7. *«Человек достаточно силен, чтобы вызвать или предотвратить возникновение катастроф с помощью магических ритуалов или навязчивых размышлений».* Беспокойство считается функциональным. Если человек беспокоится в достаточной степени, можно предупредить любые страшные последствия, которых только можно ожидать. Кроме того, отмечаются такие мысли, как: «Легче или эффективнее выполнить ритуал или иметь навязчивость, чем прямо противостоять мыслям или чувствам» или «Если вы думаете о чем-то достаточно долго, появится совершенное решение или план действий». Ритуальные действия и навязчивые размышления считаются важными, полезными и продуктивными; делать что-то еще кажется безрассудным и опасным.

8. *«Если нет ясного плана действий, лучше не делать ничего».* Поскольку несовершенство приводит к таким ужасным последствиям, часто навязчивый человек будет подолгу выбирать или действовать только тогда, когда уверен в успехе. Так как в жизни много неопределенности, часто лучший выбор для такого человека — ничего не делать. Кто ничего не делает — не может потерпеть неудачу и поэтому не рискует заслужить осуждение от себя или других. Промедление студента или адвоката может служить примером проявления этого допущения. Недостатки этой стратегии становятся очевидными, когда человек полагает, что окружение чаще требует продуктивности, чем совершенства, и обычно наказывает непродуктивность.

9. *«Без своих правил и ритуалов я развалюсь на части».* Навязчивые люди часто не понимают, что они, возможно, имеют много причин, чтобы делать то, что для них важно. Следовательно, когда

психотерапевт предлагает изменить или отбросить некоторые правила или ритуалы, навязчивые люди боятся катастрофических последствий: «Я вообще прекращу работать», «Работа пойдет медленнее», «Я стану неразборчивым» и т. д. Предсказывая такие последствия, навязчивые люди не смеют подвергать сомнению собственные правила.

Эти основные допущения являются причиной основных и второстепенных характеристик ОКРЛ и должны быть пересмотрены, чтобы такие клиенты преодолели вредные последствия своего стиля. В дополнение к этим допущениям имеются определенные когнитивные искажения (то есть систематические ошибки в обработке информации), характерные для ОКРЛ. Среди них выделяются дихотомическое мышление, тенденция придерживаться подхода «все или ничего» и выносить бескомпромиссные суждения. Именно эта тенденция лежит в основе ригидности, перфекционизма и склонности к промедлению у навязчивого человека. Из-за этого примитивного, глобального стиля мышления навязчивый человек видит только черное и белое и не воспринимает доступных другим людям оттенков: вещи могут быть совершенны, превосходны, очень хороши, хороши, сносны, плохи, очень плохи или чрезвычайно плохи. Если бы навязчивый человек воспринимал оттенки, его не пугало бы принятие несовершенного решения, потому что оно все же могло бы быть хорошим. При дихотомическом мышлении несовершенное решение, по определению, является неправильным и, являясь таковым, недопустимо.

Другое когнитивное искажение, часто встречающееся у навязчивых людей, — преувеличенные или катастрофические оценки. Для навязчивого человека важность или последствия несовершенства или ошибки становятся слишком преувеличенными. Так, навязчивый человек ввиду дихотомического мышления не только рассматривает любую оценку ниже 100 % как неудачу, но и неудачу в свою очередь рассматривает как нечто ужасное и имеющее серьезные последствия. Навязчивые люди часто испытывают трудности при оценке реальной важности событий. Они также часто допускают когнитивное искажение из-за минимизации или недооценки значения действия или события. Например, они могут пытаться удостовериться, что все незначительные детали плана совершенно правильны, уделяя мало внимания тому факту, что весь план очень запоздалый, что намного более важно и, возможно, губительно.

Для многих навязчивых людей характерно мышление в понятиях «нужно» и «должен». Этот примитивный, абсолютистский и моралистический стиль мышления приводит к тому, что они делают то, что должны делать согласно их строгим внутренним стандартам, а не то, что они хотят делать или что предпочтительнее делать. Это придает задачам силу императива и заменяет собой личные желания как первичный источник мотивации. Навязчивый человек считает, что если он не сделал того, что «должен», он обязан испытывать чувство вины. Кроме того, если другие не делают то, что «должны», они заслуживают гнева и осуждения. Карен Хорни (Horney, 1950) подробно рассмотрела этот стиль мышления и называла его «тиранией обязанностей» (p. 65). Бек (Beck, 1967, 1976) и Эллис (Ellis, 1962) также писали о некоторых психологических проблемах, которые порождает этот способ мышления.

Диагностические критерии и стратегии оценки

В табл. 14.1 представлены диагностические критерии ОКРЛ по *DSM-III-R.* Оценка и постановка диагноза при ОКРЛ обычно не составляет труда, если клиницист знаком сразличными проявлениями этого расстройства и отмечает их. При первом телефонном контакте с навязчивым человеком психотерапевт может обнаружить признаки ригидности или нерешительности при назначении первой сессии. Нерешительность у навязчивого человека будет основана на боязни допустить ошибку, а не на опасении вызвать недовольство психотерапевта или побеспокоить его, что отмечается у пациентов с зависимым расстройством личности. На первой встрече клиницист может заметить, что навязчивый пациент довольно неестествен и формален и не особенно эмоционален или выразителен. Пытаясь правильно выразить свою мысль, навязчивые люди часто много размышляют на какую-либо тему, убеждаясь в том, что они сообщили психотерапевту все детали и учли все варианты. И наоборот, они могут говорить медленно, сомневаясь, что также обусловлено их стремлением правильно выразить свою мысль. Содержание речи навязчивого человека будет намного больше касаться фактов и мыслей, чем чувств и предпочтений. В информации о прошлом и настоящем пациентов возможны следующие признаки, указывающие на ОКРЛ: пациенты воспитывались в ригидной семейной среде, где практиковался чрезмерный контроль; они не вступали в близкие межличностные отношения и не были склонны к самораскрытию; они имеют техническую, ориентированную на детали профессию типа бухгалтера, юриста или инженера; они или тратят на досуг мало времени, или проведение досуга подчинено достижению определенных целей, а не направлено просто на получение удовольствия.

Таблица 14.1. Диагностические критерии обсессивно-компульсивного расстройства личности по *DSM-III-R*

Тотальный паттерн перфекционизма и негибкости, возникающий в ранней взрослости и проявляющийся в различных контекстах, на что указывают по крайней мере *пять* признаков из следующих:

1) перфекционизм, который препятствует завершению задачи, например неспособность закончить проект, потому что не достигнуто соответствие собственным чрезмерно строгим стандартам;

2) озабоченность деталями, правилами, списками, порядком, организацией или графиками до такой степени, что теряется главный смысл деятельности;

3) необоснованное настаивание на том, чтобы другие все делали так, как он считает нужным, или необоснованное нежелание позволить другим что-то делать из-за убеждения, что они не будут делать это правильно;

4) чрезмерное внимание к работе и продуктивности в ущерб досугу и дружбе (не связанной с материальной выгодой);

5) нерешительность: избегает, откладывает или затягивает принятие решения, например не может вовремя выполнить задание из-за размышлений о приоритетах (не учитывается, если нерешительность обусловлена острой потребностью в совете или поддержке других);

6) чрезмерная добросовестность, скрупулезность и негибкость в вопросах нравственности или ценностей (не связанных с культурной или религиозной принадлежностью);

7) ограниченное выражение любви;

8) недостаток щедрости в предоставлении времени, денег или подарков, когда это не приносит никакой личной выгоды;

9) неспособность выбрасывать изношенные или ненужные вещи, даже когда с ними не связаны какие-либо чувства.

Примечание. Из «Руководства по диагностике и статистической классификации психических расстройств» (3-е изд., перераб.), (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd ed, rev.). American Psychiatric Association, 1987, Washington, DC: Author, p. 356). ©1987, Американская психиатрическая ассоциация. Воспроизведено с разрешения.

Для диагностирования ОКРЛ иногда полезно формальное психологическое тестирование. Клинический многоосевой опросник Миллона (Millon, 1983) был разработан специально, чтобы диагностировать расстройства личности, и часто полезен для понимания различных проявлений ОКРЛ. Типичные ответы на проективные тесты — большое количество детализированных ответов по тесту Роршаха и пространные, детальные, моралистические истории по Тесту тематической апперцепции. Но тратить время и деньги на проведение проективных тестов не всегда целесообразно, так как поставить точный диагноз такому пациенту и понять его можно и без них.

Самый простой и наиболее экономичный способ диагностировать ОКРЛ обычно состоит в том, чтобы просто спросить пациентов в откровенной, некритической манере, применимы ли к ним различные критерии *DSM-III-R.* Большинство навязчивых людей весьма охотно признаются в наличии таких критериев, как чувство дискомфорта при выражении любви, перфекционизм и нежелание выбрасывать старые вещи, хотя они могут не понимать связи между этими характеристиками и проблемами, предъявленными на психотерапии.

Сопутствующие расстройства Оси I

Пациенты с ОКРЛ приходят на прием к психотерапевту с широким кругом проблем. Навязчивые люди редко, если когда-либо вообще, обращаются за помощью по поводу расстройства личности, хотя иногда они знают, что некоторые аспекты их личности, такие как перфекционизм, способствуют возникновению у них психологических проблем.

Наиболее часто предъявляемая проблема людей с ОКРЛ — какая-либо форма тревоги. Свойственные навязчивым людям перфекционизм, жесткость и постоянная надежда на слово «должен» при управлении своим поведением ведут к тому, что они испытывают хроническую легкую тревогу, которая характерна для генерализованного тревожного расстройства. Многие навязчивые люди постоянно беспокоятся и думают о том, достаточно ли хорошо они выполняют работу или правильно ли все делают. Это часто ведет к характерным нерешительности и промедлению, на которые жалуются такие пациенты. Для некоторых навязчивых людей их хроническая тревога может усиливаться до степени панического расстройства, если происходит серьезный конфликт между навязчивостью и давлением обстоятельств. Например, если работа над каким-то проектом из-за перфекционизма навязчивого человека идет очень медленно, но на завершение этого проекта отведено мало времени, то тревога такого человека может усиливаться до степени паники. Тогда навязчивый человек часто начинает беспокоиться по поводу различных соматических симптомов, которые сопровождают панику, таких как сердцебиение и одышка. Это может вести к замкнутому кругу, часто отмечающемуся у

пациентов с паническим расстройством, когда усиление беспокойства ведет к усилению связанных с паникой соматических симптомов, что ведет к дальнейшему усилению беспокойства и т. д.

Пациенты с ОКРЛ также чаще среднего страдают от конкретных навязчивых идей и действий. В исследовании Расмуссена и Чанга (Rasmussen & Tsuang, 1986) было обнаружено, что у 55 % их выборки пациентов с симптомами навязчивости имелось ОКРЛ.

Другая часто предъявляемая проблема при ОКРЛ — депрессия. Она может принимать форму дистимического расстройства или униполярной большой депрессии. Навязчивые люди часто ведут довольно однообразную, скучную, неудовлетворяющую жизнь и страдают от хронической легкой депрессии. Некоторые навязчивые люди через какое-то время осознают это, хотя не понимают причин и приходят к психотерапевту с жалобами на полное равнодушие к радостям жизни, скуку, недостаток энергии и неспособность наслаждаться жизнью так, как, очевидно, наслаждаются другие. Иногда обсессивно-компульсивные личности обращаются за психотерапией по настоянию супруга (супруги), также по причине депрессии и угнетающего воздействия на окружающих. Из-за своей ригидности, перфекционизма и сильной потребности сохранять контроль над собой, своим окружением и эмоциями навязчивые люди часто бывают подавленными, ощущают безнадежность и погружаются в депрессию, когда чувствуют, что их жизнь вышла из-под контроля и обычные копинг-механизмы неэффективны.

Для навязчивых людей характерны разнообразные психосоматические расстройства. Навязчивые люди предрасположены к появлению таких проблем из-за соматических последствий их постоянно повышенных возбуждения и тревоги. Они часто страдают от головных болей, болей в спине, расстройств пищеварения. Помимо этого, они могут иметь тип личности *А* , и поэтому у них имеется повышенный риск возникновения проблем с сердечно-сосудистой системой, особенно если они часто раздражены и враждебны. Пациентов с этими расстройствами часто направляют на лечение терапевты, так как навязчивые люди обычно полагают, что у этих расстройств соматические причины. Нередко очень трудно заставить их понять психологические аспекты этих проблем и работать с ними.

Некоторые пациенты с ОКРЛ имеют сексуальные расстройства. Дискомфорт навязчивых людей при переживании эмоций, недостаток спонтанности, чрезмерный контроль и ригидность не способствуют свободному и комфортному выражению их сексуальности. Обычными сексуальными дисфункциями навязчивого человека являются подавленное половое влечение, аноргазмия, преждевременная эякуляция и болезненное половое сношение.

Наконец, навязчивые люди могут приходить на психотерапию по настоянию окружающих, из-за проблем в общении. Супруги могут обращаться для проведения психотерапии семейных пар из-за дискомфорта ввиду недостатка у навязчивых людей эмоциональной отзывчивости или из-за того, что они «трудоголики» и мало времени проводят с семьей. Семьи с навязчивым родителем могут приходить на психотерапию из-за жесткого, строгого стиля воспитания, который может вести к хронической борьбе между родителем и детьми. К тому же работодатели могут посылать навязчивых служащих на психотерапию из-за непрерывного промедления или неспособности эффективно общаться с людьми на работе.

Подходы к лечению

Общая цель психотерапии с пациентами с ОКРЛ состоит в том, чтобы помочь им изменить или реинтерпретировать проблемные основные допущения так, чтобы изменились поведение и эмоции. Психотерапия начинается с сосредоточенности на предъявленной проблеме. Когнитивные психотерапевты, как правило, намного более склонны ориентироваться на жалобы пациентов, чем психодинамические психотерапевты (которые больше сосредоточивают свое внимание на факторах, относящихся к бессознательному). Так, если первоначально пациент жалуется на тревогу, головные боли или импотенцию, часто работа ведется именно с этой проблемой. Иногда жалобы навязчивого человека более экстериоризованы, например: «Начальство без серьезной причины очень критически относится к моей работе». Работа *с* проблемой такого типа может оказаться более трудной. Психотерапевт все же может работать непосредственно с предъявляемой жалобой, но ему следует ясно дать понять пациенту, что, поскольку поведение начальника нельзя изменить через психотерапию, ее целью должно быть такое изменение поведения пациента, которое может привести к изменению поведения начальника.

Как и во всех видах психотерапии, сначала важно установить раппорт с пациентом. Это может быть трудно сделать с навязчивыми пациентами из-за их ригидности, дискомфорта при переживании эмоций и тенденции преуменьшить важность межличностных отношений. Психотерапия с навязчивым пациентом имеет тенденцию быть более деловитой и сосредоточенной на проблемах, с меньшим акцентом на эмоциональной поддержке и проблемах, связанных сотношениями. Обычно раппорт основан на признании пациентом компетентности психотерапевта и убеждении, что психотерапевт

уважает пациента и может быть ему полезен. Попытка развить в начале психотерапии более близкие эмоциональные отношения, чем это по силам навязчивому человеку, может причинить вред и привести к раннему завершению психотерапии. Для дальнейшего обсуждения этой темы обратитесь к статье Бека (Beck, 1983) о лечении автономной депрессии.

Навязчивые люди могут вызывать у психотерапевтов разнообразные эмоциональные реакции. Некоторые психотерапевты находят, что эти пациенты несколько сухи и скучны из-за их общего недостатка эмоциональности и в особенности тенденции больше сосредоточиваться на фактических аспектах событий, а не на их эмоциональном тоне. Навязчивые пациенты иногда кажутся раздражающими из-за своей медлительности и сосредоточенности на деталях, особенно психотерапевтам, высоко ценящим эффективность и целенаправленность. Психотерапевты, которым нравится идеализация и зависимость, часто развивающиеся у многих пациентов в процессе психотерапии, считают навязчивых пациентов более сложными, поскольку те имеют тенденцию не формировать этот вид психотерапевтических отношений. Некоторые навязчивые люди отыгрывают свои потребности в контроле в процессе психотерапии или в откровенной, или в пассивно-агрессивной манере. Например, получив домашнее задание, они могут прямо сообщить психотерапевту, что задание не относится к делу или глупо, или же согласиться выполнить его, но затем забыть или не успеть это сделать. Эти пациенты могут вызывать раздражение и фрустрацию у психотерапевтов и служить источником конфликтов, связанных с желанием, чтобы собственные потребности психотерапевтов находились под контролем.

Реакции психотерапевтов на навязчивых пациентов могут давать ценную информацию о пациентах и источниках их трудностей. Однако психотерапевты должны избегать попыток произвести изменения в пациентах на основе своих собственных ценностей, не исходя из потребностей пациентов и предъявленной проблемы. Например, согласно представлениям психотерапевта о психическом здоровье, навязчивый пациент может быть менее эмоционально выразителен, чем должен, но это не может быть источником существенного ухудшения или субъективных страданий для пациента.

В начале когнитивной психотерапии крайне важно ознакомить пациента с когнитивной моделью, заключающейся в том, что чувства и поведение пациента основаны на понимании значения, приписываемого событиям его жизни, и мыслях в связи с этим значением. Это можно сделать, наблюдая за изменением эмоций на сессии и затем спросив пациента, о чем он думал, прежде чем испытать эти эмоции. Другой способ продемонстрировать принципы данной модели состоит в том, чтобы описать ситуацию (например, кто-то ждет задержавшегося друга), затем составить список различных эмоций, которые может испытывать ожидающий человек (например, раздражение, тревога или подавленность), и связать эти чувства с мыслями, вероятно, послужившими их причиной: «Как он смеет заставлять меня ждать», «Возможно, с ним произошел несчастный случай» или «Это доказывает, что меня никто не любит».

В дополнение к ознакомлению пациентов с когнитивной теорией эмоций, в начале когнитивной психотерапии важно поставить психотерапевтические цели. Они, очевидно, должны быть связаны с предъявленными проблемами и для навязчивого пациента могут включать такие пункты, как «своевременное выполнение заданий на работе», «прекращение головных болей» или «способность испытывать оргазм». Важно стараться быть конкретным при составлении списка целей; с общими целями типа «избавиться от депрессии» работать тяжелее. Если пациент в основном обеспокоен депрессией, чтобы эффективно работать с ней, необходимо разбить ее на различные аспекты, например неспособность вставать по утрам или неспособность довести до конца какое-нибудь дело.

После того как намечены цели, которые пациент и психотерапевт считают важными, устанавливается очередность их достижения, поскольку трудно и часто непродуктивно работать над всеми целями одновременно. Двумя критериями для ранжирования целей являются важность каждой проблемы и легкость ее решения. Часто полезно достичь быстрого успеха в самом начале психотерапии, чтобы усилить мотивацию пациента и уверенность в эффективности психотерапевтического процесса. Когда проблемные области обозначены, важно выявить связанные с ними автоматические мысли и схемы.

Как правило, проблема, над которой идет работа, проверяется каждую неделю между сессиями, обычно с помощью «Записи дисфункциональных мыслей» (Beck et al., 1979). «Запись дисфункциональных мыслей» позволяет пациентам описать ситуацию, свои чувства в связи с ней, а также мысли, возникающие при появлении проблемы. Так, навязчивый пациент, работающий с проблемой промедления, может узнать, что он решает проблему на работе, чувствует беспокойство и думает: «Я не хочу выполнять это задание, потому что не смогу выполнить его в совершенстве». После того как собрано множество подобных примеров автоматических мыслей, для навязчивого человека становится очевидным, что значительная часть его тревоги и промедления обусловлены перфекционизмом. После этого крайне важно определить допущения или схемы, лежащие в основе

различных автоматических мыслей. В случае перфекционизма основным допущением может быть следующее: «Я должен избегать ошибок, чтобы чего-то стоить». В этот момент часто полезно помочь пациенту понять, как у него сформировалась эта схема. Обычно она развивалась из взаимодействий с родителями или иными значимыми другими, хотя иногда схемы в большей степени основаны на культурных нормах или формируются уникальными способами. Последующая психотерапия состоит в том, чтобы помочь навязчивому пациенту выявить и понять негативные последствия этих допущений или схем и затем найти способы их опровержения, чтобы они больше не управляли чувствами и поведением пациента и не приводили к проблемам, с которыми пациент пришел на психотерапию.

Отдельные методы когнитивной психотерапии

В широкой общей структуре когнитивной психотерапии несколько методов полезны при работе с навязчивыми пациентами. Важно структурировать психотерапевтические сессии, определяя повестку дня, располагая проблемы по приоритетам и используя методы решения проблем. Это полезно в работе со множеством характеристик навязчивых людей, включая нерешительность, склонность к размышлениям и промедление. Структурированность сессии вынуждает пациента выбрать определенную проблему и работать с ней, пока она не будет решена до приемлемого уровня. Если навязчивому человеку трудно работать с предложенной структурой, психотерапевт может предложить пациенту взглянуть на его автоматические мысли в связи с этим и связать эту трудность с общими проблемами нерешительности и промедления. «Еженедельный график действий» (Beck et al, 1979), представляющий собой бланк, на котором пациенты могут наметить действия на почасовой основе в течение недели, также очень помогает им структурировать жизнь и повысить свою продуктивность, затрачивая меньше усилий.

Из-за частых проблем навязчивых людей с тревогой и психосоматическими симптомами часто бывают полезны методы релаксации и медитация. Навязчивые люди часто сначала испытывают трудности при использовании этих методов из-за убеждения, что просто тратят время впустую, пытаясь расслабиться или медитировать в течение получаса. Существует метод когнитивной психотерапии, с помощью которого можно решать подобные проблемы: составление списка преимуществ и недостатков определенного поведения или убеждения. Недостатком методов релаксации в работе с навязчивыми пациентами может быть то, что эти методы требуют времени; их преимущество заключается в том, что после применения этих методов пациент может работать более эффективно, потому что восстановил свои силы и стал менее беспокойным.

С навязчивыми пациентами часто полезно провести поведенческий эксперимент (еще один метод, используемый в когнитивной психотерапии). Например, вместо того чтобы пытаться напрямую обсуждать определенное убеждение, имеющееся у навязчивого человека, психотерапевт может отнестись к нему нейтрально, как экспериментатор. Так, если навязчивый бизнесмен полагает, что у него нет времени, чтобы расслабиться в течение дня, психотерапевт может предложить ему попробовать расслабляться в течение нескольких дней и затем посмотреть, сколько он успевает сделать в те дни, когда использует магнитофонную запись для релаксации, и сколько в те дни, когда не использует ее. Также полезно оценить, насколько комфортно чувствует себя пациент в те дни, когда использует метод расслабления, в отличие от дней, в которые не использует. Навязчивые люди обычно намного меньше ценят удовольствие, чем продуктивность. Часто нужно помочь им осознать это и оценить с ними допущения, лежащие в основе их представлений о месте удовольствия в их жизни.

Чтобы помочь навязчивым пациентам справиться с хронической тревогой и чрезмерной склонностью к размышлениям (нерешительностью), также полезны определенные когнитивные и поведенческие методы. Как только пациенты соглашаются с тем, что такое поведение дисфункционально, их можно обучить методам остановки мыслей или отвлечения, чтобы изменять направление хода их мыслей. Если они продолжают полагать, что беспокойство некоторым образом полезно или продуктивно, можно договориться ограничить его некоторым периодом времени в течение дня, что по крайней мере даст возможность освободить их от этого беспокойства на оставшееся время. Часто полезно постепенное усложнение заданий, в которых цель или задача разбиты на конкретные, поддающиеся определению шаги. Это помогает пациентам противостоять дихотомическому мышлению и перфекционизму, так как дает возможность осознать, что большинство заданий можно выполнить постепенно, а не пытаться стремиться к совершенству или сразу выполнить их полностью.

Случай из практики

Следующий случай из практики демонстрирует, как используется когнитивная психотерапия при работе с пациентом, имеющим ОКРЛ. С., 45-летний инженер, женатый и имеющий сына 10 лет, пришел

на когнитивную психотерапию после обострения давней проблемы с мышечными болями в области спины, шеи и плеч. С. испытывал эти боли с 28 лет. Сначала он полагал, что это чисто соматическая проблема, но врач сказал, что, хотя у него небольшой артрит в области шеи, это не должно причинять такую сильную боль. В течение следующих 10 лет С. периодически лечился по поводу этих болей у остеопатов, физиотерапевтов и хиропрактиков и принимал валиум и аспирин. Это лечение до некоторой степени помогло, но в 38 лет у С. серьезно усилилась боль, ему пришлось пропустить три недели на работе. Это случилось, когда он работал над важным и сложным проектом. В результате он начал сознавать, что его боль в шее и спине может быть связана с психологическим напряжением.

В течение следующих 18 месяцев С. проходил психодинамически ориентированную психотерапию. Он получил от этого некоторую пользу, поскольку это помогло ему понять, каким образом его боль в спине могла быть выражением напряжения и тревоги, а также помогло осознать некоторые проблемы, которые возникли у него по вине родителей. Но к концу этой психотерапии С. не избавился от боли полностью и периодически испытывал мышечные судороги. Он боролся с этим в течение нескольких лет, используя методы релаксации, принимая аспирин и иногда посещая остеопата. Именно после одного такого особенно тяжелого эпизода С. решил прийти в Центр когнитивной психотерапии, о котором узнал из журнальной статьи.

С. родился и воспитывался на юге Соединенных Штатов. Он был младшим из двух детей, его сестра была на семь лет старше. С. вырос в консервативной, религиозной семье, принадлежащей к среднему классу. Его отец работал заведующим отделом продаж. С. описывал его как приятного, несколько беспокойного человека, с которым у С. были хорошие, но не очень близкие отношения. Он был намного ближе к матери, которая была домохозяйкой, и заявлял, что всегда прислушивался к ее мнению. В детстве мать уделяла С. много внимания, и ему это нравилось, но он также воспринимал ее как довольно требовательную, рассудительную женщину, у которой было много разных «надо» относительно того, как люди должны себя вести. С. вспомнил, как однажды, когда в первом классе он пытался написать ответ на письмо друга, но испытал затруднения, ему показалось, что мать осталась этим недовольна. Она как будто говорила: «Твой друг сумел написать письмо, так почему же ты не можешь?»

С. сообщил, что он был довольно счастлив в детстве. Тем не менее к шестому классу он начал беспокоиться о том, насколько он успешен в учебе и отношениях с людьми. В школе это проявлялось в том, что он изо всех сил старался хорошо учиться (при этом всегда беспокоясь, что это получается недостаточно хорошо), или в том, что он откладывал дела и пытался не думать о том, что нужно сделать. В отношениях с людьми он стал интровертированным, замкнутым и эмоционально холодным человеком. Чем менее эмоциональным и выразительным он был, тем меньше, как ему казалось, он рисковал вызвать критику или отвержение со стороны окружающих. В юности эти паттерны поведения постепенно усиливались.

Во время второго года обучения в колледже С. часто испытывал тревогу в связи с неспособностью учиться настолько хорошо, насколько он этого хотел. Ему становилось все труднее выполнять письменные задания, так как он был обеспокоен тем, что у него это получается неидеально. Кроме того, С. чувствовал себя очень одиноким и изолированным из-за того, что он был далеко от дома, а также из-за неспособности подружиться с кем-нибудь или познакомиться с девушкой. Он все более пессимистично смотрел на себя и свое будущее. В итоге это завершилось развитием депрессии, в течение которой он потерял интерес ко всем занятиям и большую часть времени спал. Это продолжалось пару месяцев и привело к тому, что С. бросил учебу и пошел в армию. Более структурированная жизнь в армейском коллективе оказала на него благотворное воздействие, и он хорошо себя чувствовал в течение трех лет, пока был на службе. Затем он продолжил учебу и получил диплом инженера. С. работал инженером с 27 лет. Он достиг умеренных успехов в карьере. На момент начала лечения он выполнял некоторые административные и контролирующие обязанности, которые нравились ему меньше, чем структурированная, ориентированная на детали техническая работа, которой он привык заниматься.

С женщинами С. всегда испытывал дискомфорт и не мог завязать прочных отношений. В 31 год его повторно познакомили с женщиной, с которой он непродолжительное время встречался несколькими годами ранее. Узнав, что она его помнит, С. удивился и был польщен, и они вновь начали встречаться. Через год они поженились, а еще через два года у них родился сын. С. описывал отношения в браке как хорошие, но не такие близкие, как ему бы хотелось. Он чувствовал эмоциональную и сексуальную холодность в отношениях с женой, которую рассматривал как часть своей проблемы.

Цель С. в психотерапии состояла в том, чтобы устранить или по крайней мере значительно ослабить боли в области спины и шеи. В отличие от многих психосоматических пациентов, он уже признал, что психологические факторы играли главную роль в возникновении его боли. Психотерапевт

обсудил когнитивную модель с С., и она ему очень понравилась. Домашнее задание в течение первых нескольких недель состояло в том, что он должен был следить за своей болью с помощью «Еженедельного графика действий»; также он должен был определять интенсивность боли для каждого часа по десятибалльной шкале и отмечать, чем он в этот час занимался. Сначала С. заметил, что боль наиболее сильна вечером, когда он дома с семьей. Ему было трудно в это поверить, так как обычно он наслаждался этим временем и считал, что расслабляется. Но в процессе психотерапии было установлено, что это происходило из-за того, что он очень хорошо научился отвлекаться от боли, — таким образом он не замечал, как она нарастала в течение дня. Иногда отвлечение является полезным методом для навязчивых людей, особенно с их склонностью к непродуктивному размышлению. В случае С. тем не менее это препятствовало оценке проблемы. По мере того как он все больше осознавал свою боль, он заметил, что она начинается с покалывания и жжения, а затем прогрессирует от умеренной к более сильной боли. При длительном стрессе мышцы его спины и шеи сводила судорога, и ему приходилось проводить пару дней в постели.

После того как С. научился более внимательно следить за своей болью, стало ясно, что с его мышечной напряженностью были связаны три типа ситуаций: наличие заданий для выполнения; промедление и, как следствие этого, наличие целого списка незаконченных дел; ожидаемое участие в контактах с новыми людьми. Психотерапевт и С. решили сначала поработать с первой ситуацией, поскольку она имела место намного чаще, чем третья ситуация, а вторая (промедление) в значительной степени возникала благодаря ей. С. начинал выполнять «Запись дисфункциональных мыслей» всякий раз, когда замечал какую-либо напряженность или боль в спине, связанную с выполнением задания. Например, однажды он заметил, что почувствовал умеренную боль в спине, когда ополаскивал тарелки перед тем, как поставить их в посудомоечную машину. Он думал, что тарелки должны быть совершенно чистыми перед тем, как поставить их в посудомоечную машину. Это создавало напряженность, а также отнимало много времени. С. привел множество подобных примеров, которые сами по себе были незначительными, но помогли ему увидеть, что его перфекционизм приводил к тому, что многочисленные задачи в течение дня становились источником напряжения, которое в конечном счете проявлялось в боли. Затем он стал искать общие допущения, или схемы, лежащие в основе его автоматических мыслей. Наконец С. создал модель своего поведения в виде диаграммы, приведенной на рис. 14.1.

Рис. 14.1. Модель своего поведения, построенная С.

Затем психотерапевт и С. продолжили обсуждение значения этого паттерна мышления и поведения.

Психотерапевт: Итак, вы находите, что обычно переживаете сильный стресс при необходимости что-то делать, потому что полагаете, что независимо от того, как хорошо вы будете это делать, это не будет приемлемым?

Пациент: Да, и я думаю, именно поэтому я всегда склонен не принимать решения или откладывать дела, чтобы не столкнуться с этими чувствами.

Психотерапевт: Это помогает вам ослабить стресс?

Пациент: Нет, когда откладываешь все на потом, обычно становится еще хуже. Я привык думать, что я довольно ответственный человек, и меня действительно беспокоит, если у меня что-то не получается. Сильнее всего спина у меня болела после того, как я долго откладывал какое-нибудь дело.

Психотерапевт: На диаграмме вы пишете, что, согласно вашему убеждению, что бы вы ни сделали, это будет неприемлемым. Почему это расстраивает вас?

Пациент: Что вы имеете в виду?

Психотерапевт: Считаете ли вы, что некоторые люди могут не очень хорошо выполнять работу, или кто-то полагает, что они выполняют ее неприемлемо, но они при этом не расстраиваются?

Пациент: Да, я знал некоторых таких людей. Тем не менее я считаю себя некоторым образом неприемлемым или несовершенным, если я не выполняю работу на определенном уровне, который часто кажется мне недостижимым.

Таким образом, основная схема, или убеждение, С. состоит в том, что, если он постоянно не выполнял работу на очень высоком уровне, он был для себя неприемлем. Так как убеждение С. было по большей части условно и было очень мало шансов на то, что он сможет выполнить работу достаточно хорошо, чтобы быть приемлемым, его первичным симптомом была форма тревоги (то есть физическое напряжение в спине). Однако иногда С. приходил к выводу, что независимо от того, что он делает, это будет неприемлемо. В таких случаях, как это было во время учебы в колледже, он приходил в состояние безнадежности и депрессии.

После раскрытия основного убеждения С. психотерапия была нацелена на его изменение,

поскольку это убеждение было основным источником и текущих симптомов С., и его ОКРЛ. Он осознал, что усвоил чрезмерно высокие стандарты собственной матери по отношению к нему и что из-за этого он стал слишком самокритичным и начал ожидать завышенную критику со стороны окружающих.

Психотерапевт и С. начали исследовать обоснованность его убеждений, сначала рассмотрев, являются ли они точными интерпретациями прошлого. В качестве одного из домашних заданий С. составил список всех случаев, которые смог вспомнить, в которых окружающие были настроены к нему очень критически, а также список возможных объяснений этого. С. смог вспомнить лишь несколько случаев такого рода, и большинство относилось к службе в армии и было связано с сержантом, который был придирчив ко всем. Тем не менее С. полагал, что во многих случаях люди неодобрительно относились к нему, но просто не говорили об этом. Затем психотерапевт и С. обсудили, что можно поделать с этим убеждением.

Психотерапевт: Итак, вам все еще кажется, что другие неодобрительно относятся к вам, даже притом что вы можете вспомнить лишь о немногих случаях в прошлом, когда у вас были веские доказательства, что это правда?

Пациент: Да, я нахожу, что все еще часто думаю, что окружающие недовольны тем, что я делаю, и тогда я очень неуютно чувствую себя с ними.

Психотерапевт: Как, по-вашему, вы могли бы выяснять, правильны ли ваши убеждения?

Пациент: Не знаю.

Психотерапевт: Ну что вы вообще делаете, когда хотите что-то узнать?

Пациент: Надо спросить об этом.

Психотерапевт: Почему вы не можете поступить так в этих ситуациях, чтобы понять, истинно ли ваше убеждение, будто окружающие неодобрительно к вам относятся?

Пациент: Я полагаю, что могу, но им могут не понравиться мои вопросы и они не скажут мне правду.

Психотерапевт: Бывает и такое, но в большинстве случаев, если вы спокойно и осторожно спрашиваете кого-то, как он себя чувствует, вы получаете честный ответ. Например, вы можете представить, как вы спросите своего босса, что он думает о вас и вашей работе?

Пациент: Я полагаю, что могу сказать, например, так: «Джек, вы, кажется, чем-то обеспокоены. Вас что-то не устраивает в том, как идет мой проект?»

Психотерапевт: Да, я думаю, это хороший способ. Предлагаю вам такое домашнее задание на следующую неделю: всякий раз, когда вам кажется, что кто-то относится к вам неодобрительно, откровенно спрашивать об этом и записывать, что вы ожидали услышать и что вам действительно сказали.

Пациент: Хорошо, я попробую.

Это был пример постановки поведенческого эксперимента для проверки конкретного дисфункционального убеждения. В течение следующей пары недель С. несколько раз спрашивал окружающих, что они думали, когда, по его мнению, они оценивали его критически. Он обнаружил, что во всех случаях, кроме одного, он неправильно воспринимал то, что люди думали о нем. В том единственном случае один из его начальников на работе был слегка раздражен на него, так как С. опоздал со сдачей работы. Из этого пациент смог понять, что чаще именно его промедление, а не качество выполнения работы, создавало проблемы и вызывало у него чувство неудовлетворенности.

С., как и многие навязчивые люди, имел убеждение, что часто функционально откладывать дела, потому что это позволяет делать их лучше. Психотерапевт заставил его проверить это убеждение при выполнении домашнего задания, оценивая качество выполнения различных дел по шкале от 1 до 10. Затем он сравнил средний уровень качества выполнения дел, которые С. откладывал на потом, и тех, которые он выполнял сразу после того, как ему их поручили. Он нашел, что его средний уровень выполнения был слегка выше в случае с задачами, которые он решал немедленно; С. объяснял это возросшим напряжением, которое испытывал, когда откладывал работу.

Другой метод, оказавшийся полезным для С., заставлял его сравнивать ценности и стандарты, которые он имел для себя, с теми, которые он имел для других. Он понял, что относился к себе намного более критически и требовательно, чем к другим, и согласился, что нет смысла иметь два различных набора ценностей. Затем психотерапевт использовал это понимание, чтобы, когда он был очень самокритичным, заставить его спросить себя, как бы он оценил качество своей работы, если бы ее выполнил другой человек. С. обнаружил, что этот метод помог лучше понять себя и менее критически к себе относиться. Однако этот метод не работает со многими навязчивыми людьми, потому что навязчивые пациенты часто так же критичны и требовательны к другим, как и к себе.

Психотерапевт и С. также выявили основные когнитивные искажения и дезадаптивные способы мышления, которые часто использовал С. Они включали в себя дихотомическое мышление («Если я не

выполню это задание в совершенстве, я выполню его ужасно»); преувеличение («Ужасно, если я не делаю это хорошо»); чрезмерное обобщение («Если я что-то делаю плохо, это означает, что я неприемлемый человек»); императивные утверждения («Я должен выполнить это в совершенстве»). С. отслеживал использование этих мыслительных паттернов с помощью «Записи дисфункциональных мыслей» и выяснял, как они повышают уровень его напряжения и нередко снижают качество выполнения работы.

По мере того как С. все больше мог распознавать и понимать искажения в своих мыслительных процессах, он все лучше давал рациональные ответы на свои автоматические мысли и ломал привычные когнитивные и поведенческие паттерны, которые приводили к мышечным болям. Пара сессий была потрачена на работу с его социальной тревогой, которая была также связана с перфекционизмом и боязнью быть неприемлемым. В результате достигнутого прогресса в этих областях С. обнаружил, что испытывает меньшую социальную тревогу и способен успешно двигаться дальше, используя те же методы, которым он научился, чтобы снимать тревогу в связи с выполнением задач.

После 15 сессий в течение шестимесячного периода С. почти не испытывал боли в спине; когда же такое случалось, он был в целом способен распознать источник напряжения и свои дисфункциональные автоматические мысли, а затем изменить их. Через шесть месяцев на дополнительной сессии С. сообщил, что по-прежнему почти не испытывает боли. У него был один трудный уик-энд перед тем, как он должен был произнести речь, но он смог справиться с этим, подготовить речь и сделать хороший доклад.

Предупреждение рецидивов

Большинство пациентов могут легко соскользнуть к знакомым, но дисфункциональным когнитивным и поведенческим паттернам. Это особенно верно для пациентов с расстройствами личности, поскольку их проблемы являются глубоко укоренившимися. Когнитивная психотерапия имеет преимущества перед некоторыми другими формами психотерапии в разрешении этого вопроса. Пациентам на сознательном уровне очень ясно дают понять, чем являются их проблемы, и показывают им эффективные способы их решения. Их учат использовать такие инструменты, как «Запись дисфункциональных мыслей», которые могут использоваться вне психотерапии, чтобы работать над проблемными областями.

В конце психотерапии крайне важно предупредить пациентов о возможности рецидивов и порекомендовать им внимательно следить за небольшими признаками появления проблем, которые привели их к психотерапии. При появлении таких признаков пациенты должны провести некоторую дополнительную работу либо сами с помощью освоенных на психотерапии инструментов, либо с психотерапевтом. В конце психотерапии для психотерапевта важно сообщить пациентам, что нет ничего необычного в том, если им иногда будут требоваться поддерживающие сессии, чтобы они не стеснялись обратиться за помощью, если проблема возвратится. Большинство когнитивных психотерапевтов делают неотъемлемой частью психотерапии проведение периодических поддерживающих сессий после того, как основная часть психотерапии закончена.

Выводы

Основанная исключительно на клиническом опыте, когнитивная психотерапия, очевидно, является эффективным средством лечения ОКРЛ. Навязчивые люди часто особенно хорошо реагируют на некоторые аспекты когнитивной психотерапии, включая ее сосредоточенность на проблеме, использование различных домашних заданий и подчеркивание важности мыслительных процессов. Они обычно предпочитают психотерапевтические подходы, которые носят более структурный характер и сосредоточены на настоящем времени, тем видам психотерапии, которые больше сосредоточены на психотерапевтическом процессе и феномене переноса как средствах осуществления изменения личности (Juni & Semel, 1982).

В настоящее время, к сожалению, нет никаких результатов исследований, которые доказывают обоснованность применения когнитивной психотерапии (или любой другой формы лечения) при ОКРЛ. Из-за сложностей с тем, чтобы собрать в каком-либо исследовательском центре достаточное количество навязчивых людей, и из-за разнообразия предъявляемых ими проблем пока трудно провести основательное исследование результатов лечения этой группы пациентов.

Глава 15.
Пассивно-агрессивное расстройство личности

Диагностические особенности

Наиболее характерная особенность пассивно-агрессивного расстройства личности (ПАРЛ) — сопротивление внешним требованиям, которое обычно проявляется в оппозиционном и обструкционном поведении. Эти формы поведения включают в себя промедление, плохое качество работы и «забывание» обязательств. Часто поведение этих людей в профессиональной и социальной сферах не соответствует общепринятым стандартам. Как и следует ожидать, они обычно недовольны необходимостью соответствовать стандартам, установленным другими людьми. Хотя эти характеристики иногда можно наблюдать у многих людей, при ПАРЛ они представляют собой хронический, жесткий паттерн поведения. Несмотря на то что пассивно-агрессивное поведение — это в целом не самая лучшая форма взаимодействия, оно не слишком дисфункционально, пока не становится паттерном, препятствующим достижению жизненных целей.

Люди с ПАРЛ также избегают проявлять напористость, полагая, что прямая конфронтация может быть опасна. В отличие от человека с избегающей личностью, который не проявляет уверенности в себе из-за боязни отвержения или негативной оценки окружающими, пассивно-агрессивный человек рассматривает конфронтацию как способ, с помощью которого посторонние могут вмешиваться в его дела и контролировать его. Когда другие обращаются к людям с ПАРЛ с просьбами, которые они не хотят выполнять, сочетание возмущения внешними требованиями и недостатка уверенности в себе приводит к тому, что они реагируют в пассивно-провокационной манере. Кроме того, пациенты с ПАРЛ не создают возможности своего отказа в чьей-либо просьбе. По отношению к обязательствам на работе или в школе люди с ПАРЛ также проявляют недовольство и возмущение. Вообще, люди, наделенные властью, рассматриваются ими как склонные к произволу и несправедливости. В соответствии с этим они обычно обвиняют других в своих проблемах и неспособны понять, что собственным поведением создают себе трудности.

Миллон (Millon, 1969) отметил, что, в дополнение к сопротивлению внешним требованиям эти люди легко поддаются переменам настроения и склонны к пессимизму. Другими словами, они сосредоточены на негативных сторонах всего, что с ними происходит.

Критерии ПАРЛ по *DSM-III-R* (APA, 1987) представлены в табл. 15.1.

Таблица 15.1. Критерии пассивно-агрессивного расстройства личности по *DSM-III-R*

Тотальный паттерн пассивного сопротивления требованиям в социальной и профессиональной сферах, возникающий в ранней взрослости и проявляющийся в различных контекстах, на что указывают по крайней мере *пять* из следующих признаков:

1) откладывает работу, то есть не делает того, что нужно для выполнения работы в срок;

2) становится мрачным, раздражительным или начинает спорить, когда его просят сделать то, чего он не хочет делать;

3) очевидно намеренно работает медленно или плохо при выполнении заданий, которые он не хочет делать;

4) голословно утверждает, что другие предъявляют к нему необоснованные требования;

5) не выполняет обязательств, ссылаясь на «забывчивость»;

6) полагает, что он работает намного лучше, чем его оценивают другие;

7) обижается на полезные советы окружающих, направленные на повышение продуктивности его работы;

8) блокирует усилия других, не выполняя своей части работы;

9) необоснованно критикует или презирает людей, наделенных властью.

Примечание. Из «Руководства по диагностике и статистической классификации психических расстройств» (3-е изд., перераб.), (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd ed., rev.). American Psychiatric Association, 1987, Washington, DC: Author, p. 357–358). ©1987, Американская психиатрическая ассоциация. Воспроизведено с разрешения.

Исторический обзор

Хотя понятие пассивно-агрессивного стиля личности было описано в более ранних работах, до Второй мировой войны этот термин не употреблялся. В 1945 году «незрелая реакция» была описана Военным департаментом как реакция на «обычный военный стресс, проявляющаяся в беспомощности или неадекватных реакциях, пассивности, обструкционизме или вспышках агрессии». Позже, в 1949 году в Техническом бюллетене Вооруженных сил США использовалось определение «пассивно-агрессивный» для описания солдат, которые обнаруживали этот паттерн поведения. В *DSM-I* (APA,

1952) категория пассивно-агрессивных расстройств была разделена на три подтипа: пассивно-агрессивный, пассивно-зависимый и агрессивный. Пассивно-зависимый тип, соответствующий существующему диагнозу зависимого расстройства личности, характеризовался беспомощностью, нерешительностью и тенденцией держаться за других людей.

Пассивно-агрессивный и агрессивный типы отличаются тем, как эти люди реагируют на фрустрацию. Как и следовало ожидать, агрессивный тип (в некоторых аспектах соответствующий существующему диагнозу антисоциального расстройства личности) реагирует раздражительностью и гневом, вспышками раздражения и деструктивным поведением. Пассивно-агрессивный тип проявляет агрессию пассивными способами, например недовольной гримасой, упрямством, промедлением, неэффективной работой и обструкционизмом. В *DSM-II* (APA, 1968) пассивно-агрессивный подтип образует отдельную категорию, а другие два пассивно-агрессивных подтипа *DSM-I* входят в категорию «другие расстройства личности».

В *DSM-III* (APA, 1980) пассивно-агрессивный тип остается отдельным расстройством личности, но люди, отличающиеся зависимыми особенностями, отнесены к существующему диагнозу зависимого расстройства личности. Однако первоначально пассивно-агрессивное расстройство личности не присутствовало в проекте *DSM-III* , потому что Спитцер (Spitzer, 1977) описал его как «ситуационную реактивность». Как отмечает Малиноу (Malinow, 1981), аргументом Спитцера было то, что пассивно-агрессивное поведение может представлять собой защиту, используемую большинством людей в положении, воспринимаемом как безвыходное (то есть кратковременное явление), а не расстройство личности (то есть хронический дезадаптивный паттерн).

Миллон также отметил, что, в то время как другие расстройства личности состоят из множества различных черт, ПАРЛ определяется почти исключительно сопротивлением внешним требованиям. Он полагал, что из-за этого ПАРЛ не представлено диапазоном диагностических критериев, необходимых для определения расстройства личности. Он, однако, предлагал включить в описание этого расстройства личности такие характеристики, как раздражительность, низкая устойчивость к фрустрации, неудовлетворенность образом себя, пессимизм, а также непредсказуемое и мрачное поведение, вызывающее чувство дискомфорта у других людей (Millon, 1981). Хотя эти характеристики не были включены в описание расстройства в *DSM-III* , некоторые из них были включены в *DSM-III-R* (APA, 1987; см. табл. 15.1) и дают дополнительную информацию для диагностики этого расстройства.

Ранние теоретики психопатологии описали тип личности, который, очевидно, имеет несколько характеристик ПАРЛ. Например, и Крепелин (Kraepelin, 1913), и Блейлер (Bleuler, 1924) описывали людей, которые всегда реагировали на все негативно. Крепелин описывал и крайне выраженные колебания настроения, и чрезмерную реакцию на негативные переживания, тогда как Блейлер в дополнение к этому описал группу людей, быстро приходящих в состояние фрустрации и раздражения после обычной для них негативной интерпретации ситуаций.

Некоторые психоаналитические теоретики также описывали подобный тип характера. Райх (Reich, 1945), например, описал мазохистический тип личности, при котором человек постоянно жалуется и имеет тенденцию проявлять пассивную агрессию к другим. Эти люди не могут выносить неприятных чувств и возбуждения автономной нервной системы. Миллон (Millon, 1981) предполагает, что ПАРЛ не имеет сложной интрапсихической структуры. Вместо этого человек испытывает чувства без преимуществ интрапсихической модификации. Это объяснение согласуется с нерешительностью пассивно-агрессивной личности.

Разновидность этого расстройства была описана Берном (Berne, 1964) в транзактном анализе. Берн описывает паттерн, при котором человек слегка деструктивен (например, может пролить напиток на вечеринке), но все же заслуживает прощения. В этом паттерне или игре, называемой «шлемиль», пассивно-агрессивный человек получает удовлетворение как от своей деструктивности, так и оттого, что его прощают.

Экспериментальные и клинические данные

Хотя ПАРЛ остается малоисследованным, в двух работах рассмотрены его основные характеристики. В частности, Уитман, Тросман и Кениг (Whitman, Trosman, & Koenig, 1954) исследовали 400 амбулаторных больных и обнаружили, что наиболее распространенным диагнозом расстройства личности, основанным на перечне *DSM-I* , был пассивно-агрессивный тип, при этом 23 % пациентов удовлетворяли диагнозу зависимого типа и 19 % — диагнозу пассивно-агрессивного типа. Они также отметили, что мужчины удовлетворяли критериям ПАРЛ вдвое чаще, чем женщины. Наиболее обычная симптоматическая картина для этого расстройства личности включала тревогу (41 %) и депрессию (25 %). И у пассивно-агрессивного, и у пассивно-зависимого подтипов открытое выражение агрессии подавлялось чувством вины или страхом наказания. Предполагалось, что основной

составляющей лечения должна быть работа с боязнью проявления агрессии и зависимостью.

Смол, Смол, Алиг и Мур (Small, Small, Alig, & Moore, 1970) также провели контрольное исследование через 7 и 15 лет на 100 пациентах, которым был поставлен диагноз пассивно-агрессивного расстройства (по *DSM-II*) во время лечения в психиатрическом стационаре. Исследователи обнаружили, что трудности в межличностных отношениях и социальном поведении, наряду с эмоциональными и соматическими жалобами, были основной формой симптомов. Они также отметили высокую долю пассивно-агрессивных пациентов, имеющих депрессию и злоупотребляющих алкоголем.

Осмысление с точки зрения когнитивной психотерапии

Автоматические мысли и установки

Автоматические мысли людей с ПАРЛ отражают их негативизм, автономию и желание идти по пути наименьшего сопротивления. Например, они рассматривают любые просьбы как проявление назойливости и требовательности. Их реакция заключается в том, что они автоматически сопротивляются просьбе, вместо того чтобы оценить, хотят ли они ее выполнить. Для этих пациентов характерно следующее убеждение: все пытаются меня использовать, и если я это позволяю, я никчемен. Этот негативизм охватывает все их мышление. Пассивно-агрессивные пациенты ищут негативную интерпретацию большинства событий. Даже в нейтральных или положительных событиях они отыскивают негативные аспекты и сосредоточиваются на них. Это отличается от негативных мыслей при депрессии: депрессивные люди сосредоточены на самоосуждении или негативных мыслях об окружающем или будущем, в то время как пассивно-агрессивные пациенты полагают, что другие не оценивают их по достоинству или пытаются их контролировать. Когда пассивно-агрессивные пациенты получают от кого-нибудь негативную обратную связь, они предполагают, что их снова неправильно поняли. Негативные автоматические мысли также указывают на раздражение, которое чувствуют эти пациенты. Пациенты этой группы часто настаивают на том, что все должно происходить определенным образом, и эти необоснованные требования приводят к низкой устойчивости таких людей к фрустрации. Эта ригидность, однако, отличается от направленности на цель обсессивно-компульсивной личности тем, что у пассивно-агрессивного пациента акцент делается не на достижении («Я должен это сделать»), а на автономии, то есть стремлении не подчиняться правилам других («Я не обязан этого делать»). Некоторые типичные автоматические мысли пассивно-агрессивных людей представлены в табл. 15.2.

Таблица 15.2. Типичные автоматические мысли при пассивно-агрессивном расстройстве личности

— Как они смеют указывать мне, что делать!
— Я буду делать то, что хочу.
— Никто не похвалит меня за сделанную работу.
— Люди пользуются мной.
— Ничто никогда не приносит мне успеха.
— Люди должны относиться ко мне с бóльшим уважением.

Кроме того, у этих пациентов отмечается допущение, которое типично для людей, которым не хватает уверенности в себе. Они полагают, что открытый конфликт ужасен и приведет к неодобрению или даже отвержению. Но хотя пассивно-агрессивные люди не в состоянии отстаивать свои права, они сильно возмущаются при подчинении требованиям других. Они не хотят выполнять скрытые или явные инструкции, а лишь пассивно пытаются сопротивляться, не желая вступать в открытый конфликт, но не желая и подчиняться. Правила рассматриваются как способы, которыми другие пытаются мешать им. Для пассивно-агрессивного человека не имеет значения, что другие также должны подчиняться этим правилам. Они рассматривают ситуацию только со своей точки зрения, которая предполагает, что с ними обращаются несправедливо. Одна пациентка, например, пришла в ярость оттого, что ей не дали квитанцию об оплате. Эта пациентка отказывалась назначать встречу, не отвечала на звонки и письма психотерапевта и ни разу не сказала, что ей нужна квитанция, пока не начала делать возмущенные звонки руководству клиники. В отличие от пациента с параноидным расстройством личности, который может подозревать наличие скрытых мотивов, эта пациентка полагала, что с ней обращались несправедливо. Другой пациент был рассержен, что его автомобиль отбуксировали, когда он в выходные припарковал его в зоне, где стоянка запрещена. Хотя этот участок был ясно отмечен, пациент пришел в ярость, что его машину отбуксировали.

Отчасти в результате их низкой эффективности в профессиональной и социальной сферах, пассивно-агрессивные личности пессимистически смотрят в будущее. Они полагают, что «жизнь полна несчастий», и сосредоточены на негативных аспектах своего опыта. Эти пациенты как будто

воспринимают все через фильтр негативного отношения. В отличие от депрессивных пациентов, которые могут сообщать об общей негативной установке, пассивно-агрессивные пациенты не надеются, что их напряженный труд будет вознагражден в этой жизни, так как видят, что трудятся упорно, но безрезультатно. Они неспособны признать, что достижению успеха мешает их негативный когнитивный и поведенческий стиль, и полагают, что достижение цели — дело случая. Эти пациенты также полагают, что являются жертвами злой судьбы, и не понимают, что многое зависит от них самих. Всякий раз, когда все идет хорошо, они обязательно ждут чего-то негативного. Некоторые из этих типичных установок и предположений перечислены в табл. 15.3.

Таблица 15.3. Типичные установки и предположения при пассивно-агрессивном расстройстве личности

— Люди не понимают меня.
— Жизнь полна несчастий, и с этим ничего не поделаешь.
— Люди стремятся меня использовать.
— У меня все равно никогда ничего не получится.
— Быть откровенным опасно.
— Эти глупые правила ограничивают мою личность.

Поведение

Поведение клиентов с ПАРЛ отражает их когнитивные паттерны. Пассивно-оппозиционное поведение, такое как промедление и плохая работа, связано с когнитивными структурами, которые возникают на основе возмущения необходимостью выполнять обязательства («Мне придется сделать это»). Установка, связанная с промедлением, заключается в следовании по пути наименьшего сопротивления (например: «Нет необходимости делать это сейчас»). Так как они не хотят прямо сталкиваться с такими ситуациями из-за риска возникновения каких-либо неприятных последствий (и так как они часто не имеют навыков эффективной уверенности в себе), пассивно-агрессивные люди реагируют на требования «местью» с помощью описанных выше пассивных средств. Столкнувшись с негативными последствиями невыполнения обязательств, они проявляют недовольство людьми, наделенными властью, вместо того чтобы понять, как их собственный паттерн влияет на эти результаты. Это недовольство может иногда выразиться во вспышке гнева, но более вероятно, что будут применяться пассивные средства мести, например саботаж. В психотерапии такое поведение может включать в себя отказ платить за сессии, опоздания или отказ сотрудничать в лечении. Например, одна пассивно-агрессивная пациентка забыла прийти на сессию. Психотерапевт позвонил ей, чтобы перенести встречу на два дня. Пациентка, недовольная и тем, что первая сессия была пропущена, и тем, что вторая не была назначена немедленно, перед тем как повесить трубку, сказала: «Да, я приду, если еще буду жива». Естественно, она стремилась вызвать у психотерапевта беспокойство, а также обеспечить большее внимание со стороны психотерапевта в дальнейшем.

Эмоции

Для пациентов с ПАРЛ обычными негативными эмоциональными состояниями являются гнев и раздражение. Это неудивительно, так как такие люди полагают, что от них требуют соответствия произвольным стандартам и что их неправильно понимают или недооценивают. Например, одна пациентка была недовольна тем, что указатели на улицах города слишком маленькие и ей трудно их читать.

Кроме того, пациентам с ПАРЛ часто не удается достичь собственных целей и в профессиональной сфере, и в личной жизни. Неспособность понять, как их поведение и установки влияют на их проблемы, приводит к дальнейшему недовольству, поскольку они думают, что им снова мешают обстоятельства.

Гнев и раздражение этих пациентов в значительной степени обусловлены их уязвимостью к внешнему контролю и интерпретацией просьб других как стремления ограничить свободу. Взаимодействуя с окружающими, они постоянно ждут, что их будут контролировать, и отвечают сопротивлением.

Причины для начала психотерапии

Типичной причиной обращения пассивно-агрессивных личностей за психотерапией являются жалобы окружающих на то, что пациенты с ПАРЛ не оправдывают ожиданий. Обычно на это жалуются

супруги или сослуживцы. Жалобы супруга (супруги) чаще всего связаны с тем, что пациент не помогает по дому. Так, одна женщина сообщила, что муж безразличен к ней, и только если она сама начинает проявлять безразличие и угрожать разрывом, его поведение меняется, но как только сотрудничество приводит к улучшению отношений, все становится по-прежнему.

Также обращение пациентов с ПАРЛ за психотерапией может быть вызвано жалобами начальства, недовольного тем, что пассивно-агрессивная личность плохо выполняет работу и не подчиняется правилам.

Другой причиной, по которой пациенты с ПАРЛ приходят на лечение, является депрессия. Развитию депрессии у этих пациентов способствует хронический недостаток поощрения как в межличностных отношениях, так и в профессиональной сфере. Например, их следование по пути наименьшего сопротивления и недовольство внешними требованиями может приводить к убеждению, что у них ничего не получается. Представление о своем окружении как источнике контроля также ведет к негативному представлению о мире в целом. Это часто кончается хронической дистимией. Если же складываются обстоятельства, при которых пассивно-агрессивные пациенты, склонные к автономии и ценящие свободу действий, начинают считать, что в их жизнь вмешиваются другие, у них может развиться тяжелая депрессия.

Стратегии оценки

При оценке ПАРЛ в ситуации интервью интервьюер может заметить, что трудно получить полную информацию. Эти пациенты могут давать неполные, краткие ответы, а также раздражаться из-за необходимости отвечать на вопрос, на который легко отвечают пациенты с другими диагнозами. Даже когда эти пациенты кажутся активными при ответах на вопросы, они часто не в состоянии дать прямой ответ и либо избегают вопроса, или говорят о посторонних вещах. Могут отмечаться такие когнитивные структуры, как «Я не должен отвечать на этот вопрос» или «Интервьюер пытается управлять мной».

Затем обычно проявляется негативистская установка, когда эти пациенты описывают, насколько трудна их жизнь и как у них никогда ничего не получается. Они не обнаруживают никакого понимания того, что часто сами являются причиной своих трудностей, и обвиняют во всем других.

Такие установки, как «Я не позволю людям помыкать мной», конечно, недостаточны для постановки диагноза ПАРЛ. Необходимо получить релевантную информацию относительно достижений человека в учебе, социальной и профессиональной сферах. Пассивно-агрессивный пациент обычно будет сообщать о множестве «фальстартов» и неудачных попыток достичь цели. При пассивно-агрессивном расстройстве этот паттерн носит более хронический характер, чем при депрессии. Пассивно-агрессивный пациент может сообщить, что потерял работу, потому что «босс был несправедлив», или ему «не предоставляли никакой свободы в работе», или он «стал жертвой дискриминации». Хотя параноидные пациенты также могут сообщать о дискриминационных и оскорбительных мотивах окружающих, они будут более подозрительны, чем пассивно-агрессивные пациенты. Последние больше сосредоточены на воспринимаемом ими вмешательстве людей, которое мешает им делать все по-своему.

Как только поставлен диагноз, для планирования лечения полезно провести оценку социальных навыков. Некоторые пациенты умеют отстаивать свои права, но не могут использовать эти навыки из-за дисфункциональных установок. Например, когда они могут обсудить проблемную ситуацию с окружающими, они обычно не делают этого из-за своей склонности идти по пути наименьшего сопротивления. Кроме того, желание все делать по-своему снижает готовность к компромиссу. В то время как большинство пассивно-агрессивных пациентов будут иметь установки, которые препятствуют адекватному социальному поведению, некоторые пациенты могут испытывать недостаток навыков адекватного социального реагирования. В таком случае это может быть важной составляющей лечения.

Основные клинические стратегии

Часто, когда пациенты с расстройством личности приходят на лечение, они не заинтересованы в изменении существующих у них паттернов мышления и поведения. Вместо этого они приходят на лечение из-за диагноза Оси I, например депрессии, или по настоянию других людей. Это особенно справедливо для людей с ПАРЛ, так как они, вероятно, полагают, что их трудности вызваны окружающими, а не ими самими. Поэтому первоначально лечение будет сосредоточено на определении цели, с которой пациенты пришли на лечение.

Первый общий подход при работе с пассивно-агрессивными пациентами состоит в том, чтобы

сосредоточиться на совместной практике, то есть активном участии в психотерапевтическом процессе (Beck, 1976). Хотя это центральный компонент когнитивной психотерапии вообще, он особенно важен при работе с пассивно-агрессивными пациентами, так как они не обращают внимания на людей, наделенных властью. Поэтому важно, чтобы они понимали, что сами принимают решения, относящиеся к лечению, и что психотерапевт не направляет их и не манипулирует ими. Психотерапевт может первоначально предложить им на выбор несколько домашних заданий или проблем для обсуждения на сессии. Позже пациентам предлагается выработать собственные стратегии решения проблем. Полезно работать, используя стремление пациентов к автономии, и в то же время мешая осуществлению их типично пассивного подхода. Это сотрудничество также может облегчить использование экспериментального подхода. Например, если пациент твердо верит в свои автоматические мысли или допущения, лучше, если психотерапевт не будет пытаться обсуждать их правильность, а вместо этого предложит рассматривать их как гипотезы, которые могут быть истинными или неистинными. Тогда психотерапевт и пациент смогут совместно придумать какой-нибудь «эксперимент», чтобы проверить их обоснованность.

Вторая стратегия с пассивно-агрессивными пациентами заключается в том, чтобы помочь им установить контакт с их автоматическими мыслями. Отсутствие у них понимания указывает на то, что они редко думают о том, как когнитивные структуры влияют на их эмоции и поведение. Эта очень общая стратегия будет самой важной в программе лечения, и в начале лечения нужно потратить значительное время на логическое обоснование когнитивной модели. Больше зная о своих мыслях, пациенты будут учиться выявлять те автоматические мысли, которые вызывают негативные эмоции и дисфункциональное поведение. Наконец, безусловно, они должны учиться оценивать эти мысли более объективно.

Другая важная общая стратегия заключается в том, что психотерапевт должен проявлять последовательность в лечении. Правила, которые установлены относительно времени, оплаты и т. д., необходимо последовательно соблюдать. Так как эти пациенты обвиняют других в своих проблемах, такой порядок поможет продемонстрировать, что часто установки и поведение пациентов приводят к негативным последствиям. Например, если пациент опаздывает на сессию (что часто случается с пациентами этого типа), психотерапевт должен закончить сессию в обычное время. Когда отмечается такое поведение, психотерапевт может получить от пациента обратную связь, чтобы определить, является ли это обычной пассивно-агрессивной реакцией на психотерапию или психотерапевта. У пациента может быть следующая автоматическая мысль: «Я не должен приходить туда вовремя, никто не будет мне указывать, что делать». С помощью обсуждения психотерапевт может помочь пациенту научиться прямым, а не косвенным средствам выражения. Например, если клиент не хочет намечать сессию на определенный час, он может сообщить психотерапевту, что это время нежелательно или неудобно. Может пройти несколько дней, прежде чем эти пациенты смогут исследовать, как их установки и поведение влияют на их трудности, но такой подход создает основу для этого.

Следующий важный компонент лечения помогает пациентам с ПАРЛ исследовать их методы «мщения» людям. Например, если пациент на кого-то рассержен и реагирует на это, не выполняя свою работу хорошо, должны быть исследованы такие убеждения, как «Люди должны быть наказаны» или «Я буду делать что хочу». Следует рассмотреть преимущества и недостатки такой стратегии и выработать альтернативные стратегии. Для этой цели необходимо рассмотреть последовательность событий, которые происходят во взаимодействиях с другими людьми. Несмотря на очевидные недостатки негативного отношения к другим и непредсказуемости, есть некоторые выгоды от этого поведения, в противном случае оно бы не сохранялось. Например, имея опыт плохой работы и непредсказуемости, пассивно-агрессивные пациенты могут обнаруживать, что их реже просят выполнять некоторые нежелательные задания. (Как это ни парадоксально, часто это вызывает негодование, поскольку пациенты могут подумать, что другие таким образом пытаются контролировать их.) Психотерапевт и пациент должны рассмотреть эти «позитивные» результаты, чтобы пациент смог не только увидеть последствия этого поведения, но также имел мотивацию для использования альтернативных способов реагирования.

Также полезна общая стратегия побуждения пациентов к проявлению соответствующих социальных навыков. Тех пациентов, которые испытывают недостаток социальных навыков, психотерапевт должен постепенно научить этим навыкам. Когда когнитивные структуры препятствуют доступному адекватному социальному поведению, необходимо изменение конкретных когнитивных структур.

Отдельные методы

В рамках этих общих стратегий может использоваться множество конкретных методов для

изменения когнитивных структур, эмоций и поведения пассивно-агрессивных пациентов. Чтобы помочь им выявить автоматические мысли, сначала можно попробовать предпринять те же шаги, которые используются с большинством пациентов: на сессии выявляются автоматические мысли во время эмоциональных сдвигов и даются домашние задания для выявления других автоматических мыслей, которые появляются в промежутке между сессиями. Например, один пациент во время сессии почувствовал раздражение и сообщил о мысли: «Я не должен ничего делать. Вы пытаетесь доминировать надо мной». Так как эти пациенты сопротивляются просьбам или требованиям, а также заинтересованы идти по пути наименьшего сопротивления, ожидается, что они будут неохотно выявлять автоматические мысли.

В этот момент психотерапевт и пациент должны вместе выявить, какие когнитивные структуры могут мешать пациенту выполнить задание. Обычно имеются два типа таких когнитивных структур: первый вызывает негативные эмоции (например, депрессию и раздражение), а второй состоит из когнитивных структур, касающихся реакций на «требования» (например, «Я должен делать это по-своему», «Почему другие всегда заставляют меня что-то делать?», «Проще ничего не делать, и пусть все уладится само собой»). Когда эти когнитивные структуры выявлены, психотерапевт и пациент могут оценить, имеются ли факты, говорящие о том, что эти выводы или интерпретации обоснованны, и имеются ли альтернативные и более обоснованные объяснения. Если определено, что интерпретация не искажена, психотерапевт и пациент должны обсудить реальные последствия, так же как стратегии решения проблемы. Например, пациент может чувствовать грусть, когда думает: «На работе все ненавидят меня, и я работаю плохо». Мысль о том, что каждый ненавидит этого человека, вероятно, является чрезмерным обобщением; поэтому психотерапевт может помочь пациенту поставить ее под сомнение, приведя противоречащие ей факты. При этом мысль о плохом качестве работы может быть правильной. Поэтому полезно оценить, насколько плохо работает пациент, какие когнитивные и мотивационные факторы способствуют плохой работе и как пациент может эти факторы изменить.

Пассивно-агрессивные пациенты могут отвечать на вопрос о доказательствах обоснованности их убеждений следующим образом: «Потому что я это чувствую». У этих пациентов часто неожиданно возникает подобная «эмоциональная аргументация», и необходимо противостоять ей. Например, пациент может носить с собой карточку с надписью «Чувства — это не факты», чтобы напоминать себе, что эмоциональное состояние основано на интерпретации ситуации и не обязательно соответствует действительности. Также полезно поработать с примерами таких ситуаций из прошлого пациентов, когда они делали какие-то выводы на основе своих «ощущений», а затем обнаруживали, что не правы.

Впервые давая пассивно-агрессивному пациенту задание записывать автоматические мысли, можно сказать, что это «беспроигрышное» задание. Если пациент его выполнит, это поможет увидеть, какие автоматические мысли способствуют тревоге и депрессии. Если же пациент его не выполнит, удастся выявить когнитивные структуры, препятствующие выполнению задания. Например, одна пациентка не выполнила задания записать автоматические мысли. Она вспоминала об этом несколько раз в течение недели, но каждый раз у нее возникала следующая мысль: «Зачем беспокоиться? Никто не заставит меня делать то, чего я делать не хочу. Я просто не думаю, что это будет полезно, поэтому и не делаю этого».

При работе с этими пациентами будут важны отдельные методы когнитивной психотерапии, которые способствуют установлению отношений сотрудничества. В начале каждой сессии психотерапевт и пациент должны вместе планировать структуру и содержание сессии. В конце каждой сессии и после определенных вмешательств необходимо просить предоставить обратную связь. Это нужно делать, чтобы убедиться, что пациент понимает смысл процедур, а также чтобы узнать о каких-либо негативных когнитивных структурах, которые он может иметь относительно психотерапевта или психотерапии. Как отмечено ранее, можно провести «эксперименты» для проверки обоснованности некоторых когнитивных структур, которые имеет пациент.

Может быть полезно провести анализ поведения с точки зрения цены и выгоды. Например, если пациент не согласен на встречу в рабочее время, потому что у него возникают мысли «Я не должен этого делать» или «Встреча намечена на неудобное время», пациент может полагать, что преимущество того, что он не пошел на встречу, состоит в косвенном выражении его недовольства «несправедливостью» ситуации. Анализ цены и выгоды, однако, может помочь выяснить, что неявка на встречу имеет негативные последствия. Затем психотерапевт и пациент могут обсудить способы, которыми пациент может выразить неудовлетворенность более прямо, чтобы его отсутствие не было интерпретировано неправильно.

Как только пациент поймет, что его стратегии неточно передают сообщения, важно развить у него навыки ассертивности. Иногда пассивно-агрессивные пациенты имеют в своем репертуаре эффективную альтернативную реакцию, но не используют ее из-за дисфункциональных допущений. Но чаще у этих пациентов имеется дефицит навыков реагирования. В таких случаях на сессиях можно

обсудить и опробовать в ролевой игре возможные альтернативные реакции и затем поупражняться в них в ходе выполнения домашнего задания.

Случай из практики

К., 28-летняя аспирантка, пришла на лечение в состояний тяжелой депрессии, тревоги и безнадежности. Она отказалась давать подробную информацию при первичной оценке, заявляя, что чувствует себя некомфортно. К. сообщила, что она аспирантка и ее оценки стали хуже в течение прошлого года. Хотя она собиралась закончить аспирантуру, она чувствовала, что это было не то, чего она ждет. Преподаватели казались ей несправедливыми, и она была недовольна количеством работы, необходимой для получения диплома. Дело усложняло то, что приблизительно за шесть месяцев до обращения к психотерапевту у К. прервались любовные отношения. Она попеременно чувствовала боль оттого, что ее друг прервал отношения, и раздражение оттого, что она не прервала их первой. (По ее собственному признанию, их отношения не были хорошими, и она думала, что, если бы она была более уверенной в себе, она могла бы прервать их сама.)

К. мало рассказывала о своем детстве, за исключением того, что у нее были прохладные отношения с сестрой, и заявила, что ее родители «не должны были иметь детей». Позже она указывала, что никогда не знала, чего от них ждать, поскольку они часто срывались, и что они обеспечивали финансовую, но не эмоциональную поддержку. Ее текущие отношения с сестрой и родителями были напряженными, и она испытывала к ним двойственные чувства. Иногда она злилась на них, а в других случаях ей не хватало близких отношений с ними.

Было трудно заставить К. точно определить ясные цели лечения, однако она хотела уменьшить депрессию и тревогу. В течение лечения она неохотно соглашалась с предложениями психотерапевта. Она отказалась вести ежедневную запись дисфункциональных мыслей, так как была уверена, что это ничего не даст. Когда она выражала разочарование по поводу многих аспектов своей жизни, она не воспринимала никаких предложений, сделанных психотерапевтом, но затем нередко выполняла рекомендации и просьбы психотерапевта вне сессии (хотя на сессии категорически возражала).

Один из первых аспектов лечения заключался в помощи К. в оценке ее романтических отношений. Хотя они закончились шестью месяцами ранее, она часто подробно рассказывала о них.

На сессиях психотерапевт и К. собрали массу доказательств того, что эти отношения не приносили ей удовлетворения. Одно из вмешательств состояло в противопоставлении каждому позитивному образу негативного образа, чтобы вспомнить об их равновесии в отношениях. Хотя К. полагала, что «только время» излечит эти раны и что она не может способствовать этому процессу, она постепенно смогла меньше думать об этих отношениях. Хотя она в течение нескольких месяцев избегала своего друга, все же если случалось, что она сталкивалась с ним на улице, она чувствовала боль из-за того, что он не узнавал ее. Были даны альтернативные объяснения его поведения. Например, предполагалось, что он реагировал на то, что она игнорировала его, а не ненавидел ее, как она автоматически думала.

К. также очень переживала из-за учебы. Она полагала, что много и напряженно работает, но все же получала плохие оценки, и пришла к выводу, что это связано с несправедливостью преподавателей. К тому же от учебы ее постоянно отвлекали мысли о неудавшихся отношениях. Психотерапевт предложила применить метод остановки мыслей, при котором нужно говорить навязчивым мыслям «Стоп!» и возвращаться к работе. Сначала К. отказалась попробовать этот метод. Но затем, когда проблемы с учебой усилились, она смогла использовать этот метод примерно в 20 % случаев навязчивых размышлений. Психотерапевт использовала эту ситуацию как пример того, что пациентке не хватает только желания работать и достигать целей. Учитывая когнитивную модель, психотерапевт предположила, что достичь цели мешают посторонние мысли. К. получила задание осознать эти мысли, чтобы можно было исследовать их на следующей сессии.

В первый раз К. не выполнила это задание. На следующей сессии психотерапевт и К. смогли выявить некоторые автоматические мысли, которые мешали ее работе, например «Почему я должна это делать?», «Это ничего не даст» и «Я не должна этого делать». На сессии подчеркивалось, что К., конечно, не должна была делать это для психотерапевта, но что ей самой полезно пересмотреть эти когнитивные структуры. С помощью психотерапевта К. сформулировала некоторые ответы и записала их на карточках, чтобы помнить их вне сессии. Как и следовало ожидать, она сказала, что не была уверена, будто это хорошая идея или что она может это сделать. На следующей сессии она сообщила, что использовала карточки и метод «Стоп!», и что это помогло ей сосредоточиться на учебных занятиях.

Один из частых ответов К. на вопросы был следующим: «У меня смешанные чувства по этому поводу». Психотерапевт попробовала выделить эти чувства и виды мыслей, способствовавшие их

появлению. Было также важно указать на то, что, как только начиналась работа с искажениями мышления, вызывающими сильные отрицательные эмоции, появлялись все основания иметь смешанные чувства по многим вопросам.

Ранняя стадия лечения была посвящена снижению депрессии и тревоги. Когда К. полагала, что возникало некоторое решение ее озабоченности отношениями и что ее сосредоточенность во время учебных занятий восстанавливалась, она хотела закончить лечение. В этот момент психотерапевт и К. рассматривали преимущества (прежде всего возможность того, что она сможет исследовать и изменить дисфункциональные установки, которые вели к депрессии и трудностям в межличностных отношениях, и улучшить методы, которые она изучила для преодоления негативных эмоций) и недостатки (время, расходы) продолжения психотерапии.

Хотя и с неохотой, пациентка согласилась продолжать работать с хроническими паттернами. Были рассмотрены ее негативный настрой и убеждение, что с нею обращались несправедливо. Когда она оценивала что-то как негативное (или безнадежное, никчемное и т. д.), ей советовали оценить важность этого негативного последствия, а также обратить внимание на его положительные стороны. Например, К. в течение нескольких сессий жаловалась на отсутствие достаточного времени, чтобы заняться научно-исследовательским проектом. В конце концов она узнала, что теперь не сможет выполнить это исследование, так как ее преподаватель переезжает. Она была чрезвычайно раздражена тем, что теперь у нее не будет возможности для публикации своей работы. На сессиях психотерапевт и К. сосредоточили внимание как на преимуществах, так и на недостатках такого поворота событий, а не рассматривали эту ситуацию как полностью негативную. Кроме того, они исследовали, имел ли отъезд преподавателя какое-то отношение лично к К. или был связан с чем-то другим. Также появились свидетельства того, что пациентка будет иметь возможность заниматься другими научно-исследовательскими проектами как во время учебы, так и впоследствии.

Когда К. стала более открыто смотреть на свои паттерны реагирования, она и психотерапевт начали вести «рабочую тетрадь» ситуаций, которые ее беспокоили. В этой рабочей тетради К. записывала свои автоматические паттерны когнитивных и поведенческих реакций и оценивала их правильность и эффективность. Затем психотерапевт и К. вместе вырабатывали альтернативные паттерны. Они отмечали преимущества и недостатки каждого из методов. Отслеживая такие ситуации, они смогли сгруппировать их в несколько категорий, таких как «несправедливое обращение», «требования» и «негативный настрой». Они также смогли разработать стратегию для каждого вида ситуаций. Например, в случае «несправедливого обращения» К. автоматически предполагала, что с нею обращались несправедливо. Она часто воспринимала это лично и затем наклеивала ярлык на другого человека, после чего вела себя по отношению к нему пассивно-провокационным образом. Более рациональная стратегия состояла в том, чтобы сначала оценить, на самом ли деле имелась несправедливость. Если К. делала вывод, что с нею обращались несправедливо, она должна была определить, было ли это направлено только на нее или же с другими обращались подобным образом (например, на занятиях). Затем она должна была определить, какие действия можно предпринять. Помимо этого она должна была проанализировать свои ожидания того, как с ней должны обращаться.

Иногда поведение К. во время сессий записывалось в рабочей тетради. Например, перед тем как психотерапевт пошла в отпуск, К. отказалась наметить сессию с замещающим ее специалистом, прибавив, что она «будет в отъезде», когда психотерапевт вернется. Психотерапевт объяснила, что это замечание заставляет ее испытывать неудобство, и попросила К. прямо сказать, что ее беспокоит. Выяснилось, что К. была рассержена на психотерапевта за то, что прерывала лечение и бросала ее. Психотерапевт и пациентка смогли рассмотреть эти проблемы и даже нашли некоторые преимущества короткого перерыва в психотерапии (например, К. предоставлялась возможность самой попрактиковаться в применении психотерапевтических методов).

В целом К. добилась значительных успехов в снижении негативного настроя и ослаблении пассивно-агрессивного поведения. Она все еще автоматически с раздражением реагировала на многие ситуации, но частота и продолжительность этого раздражения со временем уменьшались. Она научилась брать на себя ответственность за свое поведение в некоторых ситуациях и реагировать так, чтобы с большей вероятностью достичь своих целей.

Предупреждение рецидивов

Одной из лучших стратегий предупреждения рецидивов является проведение поддерживающих сессий. Как и у других пациентов с расстройствами личности, укоренившиеся дисфункциональные убеждения пациентов с ПАРЛ могут не проявляться, пока пациенты не окажутся в ситуации, которая их активирует. Перед завершением психотерапии можно выявить ситуации, к которым уязвимы пациенты. Как отмечено выше, они могут вести «рабочую тетрадь» таких ситуаций, которая включает в себя

типичные автоматические дисфункциональные паттерны, так же как более рациональные и функциональные когнитивные структуры и поведение. Примерами таких ситуаций могут быть несправедливое обращение, приказ что-либо делать или оценка негативной ситуации. Поддерживающие сессии помогают предотвращать повторное возникновение у пациентов дисфункциональных паттернов. В ходе этих сессий могут рассматриваться успешные стратегии, обсуждаться проблемные области, а также может осуществляться поиск потенциальных проблем. В течение лечения нужно объяснить пациенту, что психотерапия — это способ научиться эффективно справляться с различными ситуациями. Вполне естественно, что при возникновении стрессовых ситуаций пациент должен будет использовать психотерапию как средство выхода из них.

Проблемы психотерапевта

Не приходится удивляться, что с пациентами с ПАРЛ трудно работать из-за их негативистских установок и частого нежелания использовать альтернативные подходы к решению проблем. Кроме того, пассивно-агрессивный пациент неизбежно будет сопротивляться многим шагам в процессе лечения, так же как окажется трудным пациентом в таких практических вопросах, как оплата, пунктуальность и надежность. Как отмечено ранее, основанный на сотрудничестве подход может помочь решить некоторые из этих проблем. Например, важно после объяснения оснований для применения психотерапевтического метода или назначения домашнего задания предложить пациенту описать, каким образом, по его мнению, данный метод или задание будут полезны для достижения его целей. Оптимально добиться от пациентов того, чтобы они ставили собственные «мини-цели», но не стоит ждать от них этого в самом начале лечения. Чтобы ослабить фрустрацию психотерапевта, полезно рассматривать поведение пациентов с ПАРЛ как результат научения дезадаптивным паттернам поведения, а не принимать их действия на свой счет. С пассивно-агрессивными личностями трудно работать, но прогресс достижим, и всегда приятно видеть, как пациенты начинают вести себя более адекватно.

Глава 16.
Обобщения и перспективы

Понятие расстройств личности находится в состоянии постоянного изменения. Рассматривая развитие этого понятия в различных изданиях «Руководства по диагностике и статистической классификации психических расстройств» Американской психиатрической ассоциации, мы видим, что теоретические представления, масштаб проблемы, определения и терминология продолжают развиваться (или, по некоторым пунктам, переходят из одного издания в другое). Выделяются новые расстройства, тогда как другие исчезают: например, диагнозы «неадекватная личность» (301.82) и «астеническая личность» (301.7) из *DSM-II* отсутствуют в *DSM-III*, в то время как нарциссическое расстройство личности (301.81), которого не существовало в *DSM-II*, появилось в *DSM-III.* Есть и другие изменения в терминологии: например, эмоционально неустойчивая личность (51.0) в *DSM-I* стала истерической личностью (301.5) в *DSM-II* и гистрионным расстройством личности (301.50) в *DSM-III* и *DSM-III-R.*

Во время написания этих строк комитеты по диагнозам и терминологии Американской психиатрической ассоциации упорно работали над изменением существующей диагностической схемы и созданием *DSM-IV*. Блашфилд и Брин (Blashfield & Breen, 1989) предполагают, что очевидная валидность многих из существующих диагнозов расстройств личности по *DSM-III-R* низка и что имеется высокий уровень частичных совпадений значений нескольких расстройств. Существующая путаница дополняется различиями между критериями *DSM-III-R* и критериями расстройств личности по девятому изданию «Международной классификации болезней» (*ICD-9*; World Health Organization, 1977) или по *ICD-10*, которая скоро будет опубликована (World Health Organization). Важно, что ведущиеся исследования направлены на то, чтобы обрисовать пересекающиеся категории Оси II и выделить специфические диагностические факторы, которые указывают на существование определенного расстройства. Более того, необходимо, чтобы критерии нозологических категорий удовлетворяли не только требованиям очевидной или клинической валидности; с помощью статистических исследований должна быть доказана их дискриминантная и факторная валидность. Окончательный выбор категорий зависит от того, предлагают ли они клиницисту концептуальные рамки для постановки диагноза, позволяющего использовать эффективные клинические стратегии и вмешательства.

Оценка

Такие шкалы, как «Клинический многоосевой опросник Миллона-II» (*MCMI–II* ; Millon, 1987a), «Экспертиза расстройств личности» (*Personality Disorder Examination, PDE*) (Lorenger, Sussman, Oldham, & Russakoff, 1988) или «Структурированное клиническое интервью по *DSM-III-R* » *(Structured Clinical Interview for the DSM-III-R, SCID*) (Spitzer, Williams, & Gibbon, 1987), могут быть полезными для выявления расстройств личности. Для когнитивного психотерапевта наиболее полезными инструментами оценки являются те, которые непосредственно оценивают схемы пациента и сравнивают проявившиеся (или логически выведенные) схемы с клинически подтвержденными схематическими структурами, наблюдаемыми при различных расстройствах. Одна такая шкала, в которой перечислены конкретные убеждения для каждого из расстройств личности, представлена в приложении.

Клинические проблемы

Хотя какие-либо эмпирически обоснованные протоколы лечения недоступны, можно предложить краткое изложение представленных в этой книге руководящих принципов лечения, которые основаны частично на обзоре доступной литературы (Pretzer & Fleming, 1989) и частично — на клиническом опыте.

1. *Вмешательства наиболее эффективны, когда основаны на индивидуальном подходе к проблемам пациента.* Туркат и коллеги (Turkat & Maisto, 1985) ясно показали ценность развития индивидуального подхода к пониманию проблем каждого пациента на основе детальной оценки и проверки обоснованности такого понимания как через сбор дополнительных данных, так и через наблюдение результатов вмешательств. Формулировка ясного понимания проблем пациента помогает при разработке эффективного плана лечения и минимизирует риск того, что психотерапевт будет застигнут врасплох крайней сложностью этих проблем. Кроме того, практика проверки понимания эмпирическими данными (Turkat & Maisto, 1985) или клиническим наблюдением (Freeman, Pretzer, Fleming, & Simon, 1990, Ch. 2) позволяет психотерапевту выявить и исправить ошибки в понимании, которые являются неизбежными, с учетом сложности пациентов с расстройствами личности.

Оценка по всем пяти осям *DSM-III-R* (клинические синдромы и V-коды;[7] нарушения развития и расстройства личности; соматические расстройства и состояния; серьезность психосоциальных стрессоров; общая оценка функционирования) важна, чтобы собранная информация была как можно более полной. Полные анамнестические данные, включая сведения о семье и возрастном развитии, социальную биографию, данные об образовании и профессионально-технической подготовке, медицинские и психиатрические сведения, а также описание состояния на данный момент, необходимы для формулировки случая. Мы не можем говорить о необходимости постоянного пересмотра полученной формулировки по мере поступления новой информации. «Лакмусовой бумажкой» для любой формулировки случая является возможность объяснить с его помощью поведение пациента в прошлом и настоящем и предсказать его поведение в будущем. Основные элементы представлены в табл. 16.1.

Таблица 16.1. Когнитивная психотерапия расстройств личности

А. Формулировка случая
1. Сведения о жизни и развитии.
2. Основные представления о себе и других.
3. Условные и основные убеждения.
4. Связь убеждений с когнитивными структурами.
5. Дисфункциональные стратегии.
6. Адаптивные убеждения и стратегии.
7. Развитие психопатологии.
8. Составление диаграммы.

Б. Сотрудничество и направляемое открытие

В. Психотерапевтические отношения
1. Интересы в сфере поставленных перед собой целей, семьи, работы.
2. Ролевая модель.
3. Примеры личных переживаний.
4. Помощь в принятии решений и выработке навыков.
5. Эмпатия и понимание.
6. Использование «реакции переноса».

Г. «Автоматические мысли» и «рациональные реакции»

Д. Ролевая игра

1. Развитие навыков, обучение уверенности в себе.
2. Обратная ролевая игра:

а) навыки моделирования психотерапевта;

б) увеличение эмпатии и понимания.

3. «Повторное переживание» детского опыта.

Е. Воображение

1. Образы ключевых фигур в настоящем.
2. Переживания детства.

Ж. Выявление и проверка «основных убеждений»

1. Метод «стрелка вниз».
2. Поведенческие эксперименты.

З. Построение новых «схем»

1. Метод «уютного местечка».

И. Формулировка/изменение целей и приоритетов

1. Метод «бухгалтерского баланса».

К. Проблемы домашних заданий

1. Необходимость ясного логического обоснования.
2. Ведение дневника.
3. Тренировка навыков в кабинете психотерапевта:

а) автоматические мысли;

б) выявление «ошибок»;

в) проверка автоматических мыслей и формулирование ответов на них.

4. Проблемы:

а) развитие навыков;

б) связь с убеждениями и стратегиями.

1) Несогласие.

2) Навязчивое стремление делать записи.

3) Гистрионные проявления.

Л. Поддерживающая психотерапия

М. Предупреждение рецидивов

2. *Схемы могут быть реконструированы, модифицированы или повторно интерпретированы. Изменение схем для всех расстройств носит континуальный характер.* Наиболее глубоким изменением является создание новых схем или реконструкция дезадаптивных схем. Следующая точка на континууме — сохранение существующих схем с их модификацией, большой или незначительной. Другой точкой на континууме является схематическая реинтерпретация, при которой сохраняется структура схемы, но перед этим дезадаптивные схемы интерпретируются более функциональным образом.

3. *Для психотерапевта и пациента важно совместно работать над достижением ясно обозначенных, согласованных целей.* Понятные, последовательные цели необходимы в психотерапии, чтобы избежать перескакивания от проблемы к проблеме без сколько-нибудь устойчивого прогресса. Но важно, чтобы эти цели были взаимно согласованы для сведения к минимуму несогласия и силовой борьбы, которые часто препятствуют лечению пациентов с расстройствами личности. Трудно наметить согласованные цели лечения, когда пациенты предъявляют много неопределенных жалоб и выражают нежелание изменять поведение, которое психотерапевт рассматривает как особенно проблемное. Тем не менее время и усилия, потраченные на постановку взаимоприемлемых целей, обычно оправдывают себя.

Так как когнитивная психотерапия основана на сотрудничестве, психотерапевт и пациент работают вместе как одна команда. В силу природы расстройств личности, их серьезности и сочетания различных проблем Оси I и Оси II, вклад в работу психотерапевта и пациента не всегда находится в соотношении 50 на 50. С некоторыми пациентами это соотношение может быть 30 на 70 или даже 10 на 90, когда психотерапевт обеспечивает бóльшую часть энергии или работы в рамках отдельной сессии или всего курса психотерапии. Один из важных моментов при лечении некоторых пациентов с расстройствами личности состоит в том, что необходимо помочь пациентам максимально использовать их ресурсы, чтобы преодолеть трудности в отношениях с психотерапевтом, препятствующие развитию сильного рабочего альянса. С некоторыми пациентами, особенно с зависимым расстройством личности, проблемы личности могут часто использоваться для развития психотерапевтических отношений. Можно пойти навстречу потребности зависимого пациента в «помощнике», но не позволять ему при

этом полностью и абсолютно отказываться от каких-либо самостоятельных мыслей или действий.

4. *Психотерапевт должен реалистически подходить к определению продолжительности психотерапии, а также к выбору целей психотерапии и стандартов оценки своих действий.* Многие психотерапевты, изучающие поведенческие и когнитивно-поведенческие подходы к психотерапии и знающие о результатах подобной психотерапии, начинают считать, что они должны быть всесильными и быстро и легко побеждать психопатологию за 12 сессий или меньше. Результатом этого являются фрустрация и раздражение при столкновении со «сложным» пациентом, если психотерапия идет медленно, или вина и самоосуждение, если она идет совсем плохо. Очевидно, сложные, глубоко укоренившиеся проблемы требует больше, чем 15 или 20 сессий психотерапии. Поведенческие и когнитивно-поведенческие вмешательства у некоторых пациентов с расстройствами личности могут вызывать существенные продолжительные изменения, но в других случаях результаты могут быть более скромными, а в некоторых — практически отсутствовать (Freeman et al., 1990; Turkat & Maisto, 1985). Когда психотерапия идет медленно, важно не прекращать ее преждевременно и не применять снова тот же неудачный подход к лечению. Когда лечение неудачно, важно помнить, что компетентность психотерапевта — не единственный фактор, влияющий на результат психотерапии.

5. *Важно уделять повышенное внимание отношениям между психотерапевтом и пациентом.* Дисфункциональное поведение, которое эти пациенты демонстрируют в отношениях вне психотерапии, вероятно, будет проявляться и в отношениях между психотерапевтом и пациентом. Такое поведение, если не скорректировать его, не только может нарушить ход психотерапии, но также создает возможность для более эффективного вмешательства, так как оно дает психотерапевту возможность проводить наблюдения и вмешательства в естественных условиях (Freeman et al., 1990; Linehan, 1987a, c; Mays, 1985). С людьми, имеющими межличностные проблемы, обычные для пациентов с расстройствами личности, эффективность вмешательства может быть существенно увеличена, если проблемы в отношениях между психотерапевтом и пациентом используются как возможность для вмешательства, а не рассматриваются как препятствия, которые нужно как можно быстрее устранить.

Одна из проблем в отношениях между психотерапевтом и пациентом, которая больше распространена среди пациентов с расстройствами личности, чем среди других пациентов, — предельное и/или постоянное непонимание между психотерапевтом и пациентом. Это явление можно объяснить несоразмерно обобщенными убеждениями и ожиданиями. Пациенты с расстройствами личности часто весьма остро реагируют на любые признаки того, что их опасения могут подтвердиться, и могут реагировать весьма драматично, когда поведение психотерапевта, как им кажется, подтверждает их ожидания. Когда имеют место эти интенсивные эмоциональные реакции, для психотерапевта важно осознать, что происходит, быстро понять, что думает пациент, и открыто, но деликатно устранить неправильные представления и недоразумения. В противном случае эти реакции могут значительно усложнять психотерапию.

6. *Вмешательства, которые увеличивают чувство собственной эффективности пациента, часто уменьшают интенсивность симптоматики пациента и облегчают другие вмешательства.* Многие люди с расстройствами личности проявляют крайние эмоциональные и поведенческие реакции отчасти потому, что сомневаются в своей способности эффективно справиться с конкретными проблемными ситуациями. Если можно увеличить уверенность пациентов в том, что они смогут справиться с этими проблемными ситуациями, это часто снижает уровень тревоги пациентов, уменьшает их симптоматику и облегчает осуществление других вмешательств. Это можно сделать с помощью вмешательств, предназначенных для коррекции какого-либо преувеличения сложности ситуации или минимизации способности человека справляться с ситуацией, или помогая пациенту овладеть улучшенными копинг-навыками, или же, наконец, применяя оба эти способа (Freeman et al., 1990, Ch. 7; Pretzer, Beck, & Newman, в печати).

7. *Психотерапевт не должен полагаться прежде всего на вербальные вмешательства.* Чем более сложны проблемы пациента, тем более важно использовать поведенческие вмешательства, чтобы добиться когнитивных и поведенческих изменений (Freeman et al., 1990, Ch. 3). Например, многие застенчивые пациенты получают большую пользу от обсуждения своих притязаний и их опасений в связи с этими притязаниями, продолжая пытаться вести себя уверенно и пользуясь лишь небольшой поддержкой психотерапевта. В то же время пациенты с зависимым или пассивно-агрессивным расстройством личности обычно так сильно боятся вести себя уверенно, что их трудно заставить быть уверенными в себе даже в ролевой игре, не говоря уже о попытках проявить уверенность в себе в реальной жизни. Постепенное увеличение сложности «поведенческих экспериментов» не только дает пациенту возможность овладеть навыками, необходимыми для уверенности в себе, но также может быть весьма эффективным при пересмотре нереалистичных ожиданий.

8. *Приступая к вмешательствам, психотерапевт не должен требовать обширного*

самораскрытия от пациента. Многие пациенты с расстройствами личности весьма неохотно идут на самораскрытие из-за недостатка доверия к психотерапевту, дискомфорта даже при умеренном уровне близости, страха отвержения и т. д. Когда это возможно, полезно начать лечение, работая с проблемой, которую можно решить с помощью поведенческих вмешательств, не требующих обширного самораскрытия (Freeman et al., 1990, Ch. 8). Это дает пациенту время на то, чтобы постепенно привыкнуть к психотерапии (и к психотерапевту), а психотерапевту позволяет постепенно работать с дискомфортом пациента, связанным с самораскрытием.

Для некоторых пациентов весь курс психотерапии может быть ограничен их трудностями с самораскрытием или, в общем случае, доверием. Сосредоточивая внимание на поведенческих вмешательствах, описанных ранее, психотерапевт может помочь этим пациентам ослабить некоторые симптомы, но у них может продолжать проявляться тот же самый стиль личности.

9. *Психотерапевт должен попытаться выявить опасения пациента и поработать с ними перед осуществлением изменений.* Пациенты с расстройствами личности часто имеют сильные, но невыраженные опасения в связи с изменениями, к которым они стремятся или которые их просят осуществить в ходе психотерапии, и попытки убедить пациентов просто идти вперед без того, чтобы преодолеть эти опасения, часто обречены на неудачу (Mays, 1985). Если психотерапевт перед каждой попыткой изменения обсуждает ожидания и беспокойства пациента, это, вероятно, уменьшит уровень тревоги пациента в связи с психотерапией и будет способствовать достижению согласия. Пациент может бояться изменений (например: «Каким я буду, став другим?»), того, как изменения повлияют на значимых других (например: «Будут ли они любить меня, если я стану другим?») или неудачи при попытке измениться (например: «Что, если я попробую измениться, но в результате всех усилий все же потерплю неудачу?»).

10. *Психотерапевт должен предвидеть проблемы с согласием.* Распространенность несогласия среди пациентов с расстройствами личности является результатом влияния многих факторов. В дополнение к сложностям в отношениях между психотерапевтом и пациентом и вышеупомянутым страхам, дисфункциональное поведение пациентов с расстройствами личности имеет глубокие корни и часто подкрепляется влиянием различных аспектов окружения пациентов. К тому же с каждым расстройством личности связаны специфические проблемы с согласием. Например, человек с избегающим расстройством личности, вероятно, будет сопротивляться любым назначениям, предполагающим социальное взаимодействие, а пациент с пограничным расстройством личности, вероятно, будет вынужден демонстрировать свою независимость через несогласие. Эпизоды несогласия могут позволить выявить проблемы, которые препятствуют прогрессу в психотерапии, поэтому их можно рассматривать как «зерно» для психотерапевтической «мельницы».

11. *Психотерапевту не следует предполагать, что пациент существует в рациональном или функциональном окружении.* Пациенты с расстройствами личности часто происходят из очень нетипичных или дисфункциональных семей и продолжают жить в нетипичном окружении. Психотерапевт может быть введен в заблуждение очевидной простотой определенных вмешательств. Некоторые формы поведения, например уверенность в себе, в общем случае настолько адаптивны, что легко предположить, что они всегда хороши и легкоосуществимы. При осуществлении изменений важно оценить вероятные реакции значимых других в окружении пациента, а не предполагать, что значимые другие автоматически отреагируют рациональным образом. Помощь пациентам в работе с внутренними схемами осложняется тем, что пациенты должны научиться справляться со схемами других людей или с более общими схемами, связанными с семьей, религией или культурой.

12. *Психотерапевт должен обращать внимание на собственные эмоциональные реакции в течение психотерапии.* Взаимодействия с пациентами с расстройствами личности могут вызывать сильные эмоциональные реакции у психотерапевта, от связанного с эмпатией чувства печали до сильного раздражения, уныния, страха или полового влечения. Психотерапевтам важно осознавать свои реакции по нескольким причинам. Во-первых, важно убедиться, что эти реакции не препятствуют психотерапевтической работе и не ведут к реакциям, которые не подходят для пациента или не способствуют психотерапии. Во-вторых, эти эмоциональные реакции могут служить полезным источником данных. Так как эмоциональные реакции не возникают случайно, необычно сильная эмоциональная реакция, вероятно, откроет глаза на важные дисфункциональные убеждения пациента и психотерапевта или будет реакцией на некоторый аспект поведения пациента. Правильное понимание собственных реакций психотерапевта может ускорить распознавание когнитивных паттернов пациента. В-третьих, для психотерапевта важно осознать свои эмоциональные реакции, чтобы он мог тщательно обдумать, раскрывать их или нет. С одной стороны, раскрытие эмоциональных реакций поднимает уровень близости в отношениях и может пугать пациентов, которые стесняются близости. С другой стороны, если психотерапевт не раскрывает эмоциональные реакции, которые очевидны пациенту по невербальным признакам, они могут легко быть превратно истолкованы или это может привести к тому,

что пациент не будет доверять психотерапевту. Наконец, осознание психотерапевтами своих эмоциональных реакций на пациентов дает психотерапевту возможность использовать для получения представления о своих реакциях такие когнитивные методы, как «Запись дисфункциональных мыслей» (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979). Если сильные эмоциональные реакции сохраняются, необходимо проконсультироваться у объективного коллеги.

13. *Психотерапевт должен помочь пациенту справиться с неприятными эмоциями, которые могут помешать психотерапии.* Изменение, исследование неизвестного или путешествие в пугающие пациента области может вызывать эмоциональные реакции. Эти реакции могут быть умеренными и легкоуправляемыми или же острыми и подрывающими силы. Когда пациентов с нарушениями личности просят пересмотреть свою собственную сущность и изменить то, что они считают собой, вполне возможно возникновение негативных эмоций. Такие реакции могут быть достаточно мощными, чтобы пациенты отошли от психотерапии в попытке «перегруппироваться» и укрепить свою броню. Однако если пациентам сообщить о возможности тревожных или дисфорических реакций и затем помочь выработать соответствующие стратегии, то более вероятно, что они не будут прерывать психотерапию и продолжат трудный процессе изменения схем.

14. *Установка границ является важнейшей частью общей программы лечения.* Теоретики разных школ, от психоанализа (Gunderson, 1984; Kernberg, 1984) до когнитивно-поведенческого подхода (Freeman et al, 1990), согласны с тем, что установка жестких разумных границ помогает достичь нескольких целей в психотерапии пациентов Оси II. Во-первых, это помогает пациентам организовать свою жизнь и защищает их от собственной невоздержанности, которая в прошлом могла создавать проблемы для них самих или других людей. Во-вторых, это помогает психотерапевту смоделировать структурный, аргументированный подход к решению проблемы. В-третьих, это предлагает структуру, которая позволяет психотерапевту сохранить контроль над продолжительными и, возможно, бурными психотерапевтическими отношениями.

Мы полагаем, что эта книга будет способствовать применению результатов нашей работы в лечении расстройств личности. Мы надеемся, что она будет служить той же цели, что и книга «Когнитивная психотерапия депрессии» (Beck et al., 1979), то есть станет путеводителем по клиническим исследованиям результатов лечения, чтобы помочь специалисту оценить клиническую эффективность когнитивной психотерапии при лечении этой очень сложной группы пациентов. С этой целью должны быть разработаны протоколы исследования, чтобы проверить эту модель, теоретическое осмысление и стратегии лечения. На момент написания этой книги предполагалось, в рамках управляемого исследования, провести проверку эффективности нашего подхода к лечению трех расстройств личности: избегающего, зависимого и обсессивно-компульсивного. Затем мы намерены проверить эффективность данного подхода при лечении других расстройств личности и, таким образом, обеспечить надежную рабочую основу для когнитивной психотерапии этой трудной группы пациентов. В начале 1990-х годов у нас появляется новая надежда, что состояния, которые когда-то считались не поддающимися лечению с помощью психотерапевтических вмешательств, можно будет изменять таким же образом, как эмоциональные и тревожные расстройства.

Приложение. Содержание схем при расстройствах личности

Ниже перечислены некоторые типичные убеждения, связанные с каждым из расстройств личности.[8] Хотя имеются некоторые неизбежные и необходимые пересечения между нозологическими категориями, эти перечни полезны при постановке диагноза. Кроме того, они помогут психотерапевту наметить основные убеждения для психотерапевтического вмешательства.

I. *Избегающее расстройство личности*

1. Я социально непригоден и нежелателен в ситуациях работы или общения.
2. Другие люди потенциально критически настроены, безразличны, склонны унижать или отвергать меня.
3. Я не могу выносить неприятные чувства.
4. Если люди сблизятся со мной, они обнаружат, кто я такой, и отвергнут меня.
5. Невыносимо, когда меня считают низшим или неадекватным.
6. Я должен любой ценой избегать неприятных ситуаций.
7. Если я чувствую что-то неприятное или думаю об этом, я должен попытаться забыть об этом или отвлечься, например подумать о чем-нибудь еще, выпить, принять таблетку или посмотреть телевизор.
8. Я должен избегать ситуаций, в которых я привлекаю внимание, или быть как можно более незаметным.

9. Неприятные чувства усилятся и выйдут из-под контроля.
10. Если другие критикуют меня, они, видимо, правы.
11. Лучше не делать ничего, чем пытаться делать то, что может закончиться неудачей.
12. Если я не думаю о проблеме, мне не нужно ее решать.
13. Любые признаки напряженности в отношениях указывают на то, что отношения испортились; следовательно, их нужно разорвать.
14. Если я буду игнорировать проблему, она исчезнет.

II. ***Зависимое расстройство личности***

1. Я нуждающийся и слабый.
2. Я нуждаюсь в ком-то, кто всегда доступен, чтобы помочь мне справиться с тем, что я должен сделать, или если случится что-то плохое.
3. Мой помощник может опекать, поддерживать меня и доверять мне — если захочет.
4. Я беспомощен, когда действую самостоятельно.
5. Если мне не удается привязаться к более сильному человеку, я остаюсь в полном одиночестве.
6. Самое плохое, что может со мной случиться, — это если меня бросят.
7. Если меня не полюбят, я всегда буду несчастен.
8. Я не должен делать ничего, что может обидеть того, кто поддерживает меня или помогает мне.
9. Я должен находиться в зависимом положении, чтобы поддерживать его хорошее отношение.
10. Я должен всегда иметь доступ к нему.
11. Я должен поддерживать как можно более близкие отношения.
12. Я не могу сам принимать решения.
13. Я не могу справляться с проблемами, как это делают другие.
14. Мне нужны другие люди, чтобы помогать мне принимать решения или говорить мне, что делать.

III. ***Пассивно-агрессивное расстройство личности***

1. Я самодостаточен, но я нуждаюсь в других, чтобы они помогли мне в достижении моих целей.
2. Единственный способ сохранить чувство собственного достоинства — косвенно утверждать себя, например не выполнять инструкции.
3. Я люблю привязываться к людям, но я не хочу, чтобы при этом мной управляли.
4. Люди, наделенные властью, обычно навязчивы, требовательны, назойливы и склонны командовать.
5. Я должен сопротивляться доминированию властей, но в то же время добиваться от них одобрения и принятия.
6. Невыносимо находиться под контролем или во власти других.
7. Я должен все делать по-своему.
8. Установление крайних сроков, исполнение требований и приспособление — прямая угроза моей гордости и самодостаточности.
9. Если я подчиняюсь правилам, как того ожидают люди, это ограничивает мою свободу действий.
10. Лучше не выражать свой гнев прямо, но показывать неудовольствие путем неподчинения.
11. Я сам знаю, что мне нужно и что для меня хорошо, и окружающие не должны указывать мне, что делать.
12. Правила произвольны и ограничивают меня.
13. Другие люди часто слишком требовательны.
14. Если я считаю людей слишком властными, я имею право игнорировать их требования.

IV. ***Обсессивно-компульсивное расстройство личности***

1. Я полностью ответствен за себя и других.
2. Я должен полагаться на себя, чтобы убедиться, что все сделано.
3. Другие слишком легкомысленны, часто безответственны, снисходительны к себе или некомпетентны.
4. Важно любую работу выполнять идеально.
5. Мне нужен порядок, системы и правила, чтобы должным образом выполнить работу.
6. Если у меня нет систем, все может развалиться.
7. Любой недостаток или дефект в работе может привести к катастрофе.
8. Необходимо всегда придерживаться самых высоких стандартов, или все развалится.
9. Я должен полностью контролировать свои эмоции.
10. Люди должны все делать по-моему.
11. Если я не выполняю работу на самом высоком уровне, я потерплю неудачу.
12. Недостатки, дефекты или ошибки недопустимы.
13. Детали чрезвычайно важны.

14. Я делаю все наилучшим образом.

V. ***Антисоциальное расстройство личности***

1. Я должен остерегаться.
2. Сила или хитрость — лучший способ добиться своего.
3. Мы живем в джунглях, и выживает сильнейший.
4. Люди доберутся до меня, если я первым не доберусь до них.
5. Не обязательно сдерживать обещания и отдавать долги.
6. Можно лгать, если тебя не уличат во лжи.
7. Со мной обращались несправедливо, и я имею право получить причитающуюся мне долю любыми доступными средствами.
8. Другие люди слабы и заслуживают того, чтобы быть обманутыми.
9. Если я не притесняю других, они будут притеснять меня.
10. Я должен делать все, что останется безнаказанным.
11. Не имеет значения, что другие думают обо мне.
12. Если я чего-то хочу, я должен делать все, чтобы это получить.
13. Я могу выйти сухим из воды, поэтому я не должен беспокоиться о плохих последствиях.
14. Если люди не могут позаботиться о себе, это их проблема.

VI. ***Нарциссическое расстройство личности***

1. Я особенный человек.
2. Так как я лучше всех, я имею право на особое обращение и привилегии.
3. Я не должен быть связан правилами, которые применимы к другим людям.
4. Очень важно получить признание, заслужить похвалу и вызвать восторг.
5. Если другие не уважают мой статус, они должны быть наказаны.
6. Другие люди должны удовлетворять мои потребности.
7. Другие люди должны понимать, насколько я особенный.
8. Невыносимо, если ко мне не проявляют должного уважения или я не получаю то, на что имею право.
9. Другие люди не заслуживают восхищения или богатства, которые они получают.
10. Люди не имеют права критиковать меня.
11. Ничьи потребности не должны сталкиваться с моими собственными.
12. Так как я настолько талантлив, люди должны продвигать мою карьеру.
13. Меня понимают лишь такие же выдающиеся личности, как я.
14. Я имею все основания надеяться на большое будущее.

VII. ***Гистрионное расстройство личности***

1. Я интересный, привлекательный человек.
2. Чтобы чувствовать себя счастливым, я должен привлекать внимание других.
3. Если я не развлекаю или не впечатляю людей, я ничтожество.
4. Если я неинтересен другим, они не будут любить меня.
5. Чтобы добиться своего, нужно изумлять или развлекать людей.
6. Если люди не реагируют на меня позитивно, они отвратительны.
7. Ужасно, если люди игнорируют меня.
8. Я должен быть в центре внимания.
9. Я могу не утруждать себя обдумыванием — мне достаточно положиться на «внутреннее» чувство.
10. Когда я развлекаю людей, они не замечают моих слабостей.
11. Я не терплю скуку.
12. Если я испытываю желание что-то делать, я должен это делать.
13. Люди обратят на меня внимание, только если я действую крайними способами.
14. Чувства и интуиция намного важнее рационального мышления и планирования.

VIII. ***Шизоидное и шизотипическое расстройства личности***

1. Не имеет значения, что другие люди думают обо мне.
2. Для меня важно быть свободным и независимым.
3. Мне больше нравится действовать в одиночку, чем с кем-нибудь.
4. Во многих ситуациях лучше остаться одному.
5. Никто не влияет на мои решения.
6. Близкие отношения с людьми не важны для меня.
7. Я устанавливаю для себя собственные стандарты и ставлю перед собой свои цели.
8. Моя частная жизнь намного более важна для меня, чем близость к людям.
9. Для меня не имеет значения, что думают другие люди.

10. Я могу справляться со всем самостоятельно без чьей-либо помощи.

11. Лучше быть одному, чем чувствовать себя «привязанным» к другими людям.

12. Я не должен доверять никому.

13. Я могу использовать людей в своих собственных целях, пока мне удается избежать близких отношений с ними.

14. Отношения беспорядочны и ограничивают свободу.

IX. *Параноидное расстройство личности*

1. Я не могу доверять людям.

2. Другие люди имеют скрытые мотивы.

3. Другие будут пытаться использовать меня или манипулировать мной, если я не буду проявлять осторожность.

4. Я должен всегда быть начеку.

5. Доверять людям небезопасно.

6. Если люди ведут себя дружелюбно, они могут попытаться использовать или эксплуатировать меня.

7. Люди воспользуются мною, если я предоставлю им такую возможность.

8. Другие люди недружелюбны.

9. Другие люди будут сознательно пытаться унизить меня.

10. Часто люди преднамеренно хотят досадить мне.

11. У меня возникнут серьезные проблемы, если я позволю другим людям думать, что они могут безнаказанно плохо обращаться со мной.

12. Если другие люди что-то узнаЮт обо мне, они используют это против меня.

13. Люди часто говорят одно, а думают другое.

14. Человек, с которым я нахожусь в близких отношениях, может оказаться вероломным или предать меня.

Предметный указатель

А

Абрахам, К.
Абстрактное мышление, в сравнении с конкретным
Автоматические мысли; *см. также* «Запись дисфункциональных мыслей»
— при гистрионном расстройстве личности
— при антисоциальном расстройстве личности
— при зависимом расстройстве личности
— при нарциссическом расстройстве личности
— при обсессивно-компульсивном расстройстве личности
— при пассивно-агрессивном расстройстве личности
— при шизоидном расстройстве личности
— при шизотипическом расстройстве личности
— проверка
— психотерапевтов
— самокритические
— список возможных
Автономия
— как цель лечения
— при зависимом расстройстве личности
— при пассивно-агрессивном расстройстве личности
Автономная нервная система
— реакции при психопатии
Агорафобия
Адамс, П.
Акискал, Х.
Алиг, В. Б.
Амини, Ф.
Анализ поведения с точки зрения цены и выгоды
Анальный характер
Андьял, Андраш

Антисоциальное расстройство личности
— амбулаторное лечение
— когнитивный профиль
— убеждения и стратегии
Антисоциальное расстройство личности
— диагностика
— лечебный контракт
— лечение
— критерии по *DSM-III-R*
— сбор данных о жизни пациента
— случай из практики
— убеждения и стратегии
Анэстетическая шизоидная личность
Армор, Д. Дж.
Аснис, Л.
Ассертивности, тренинг
Аффект
Аффективная ограниченность
Аффективная схема
Аффективное расстройство
Ахтар, С.

Б

Бандура, Альберт
Барлоу, А.
Барон, М.
Бартлетт, Ф. Ч.
Басс, А. Х.
Баумбахер, Г.
Бах, С.
Безнадежность
Берн, Эрик
Бернем, Д. Л.
Блейлер, Манфред
Борнштейн, Р. Ф.
Боулби, Дж.
Бредовое расстройство
Булимия

В

Валльянт, Г.
Ван Валкенбург, К.
Векслеровская шкала интеллекта взрослых (*WAIS*)
Взаимодействие природных особенностей и воспитания
Возвеличивание себя
Возрастная психология
Вольф, С.
Воображение
— тренировка в
Вопросник для интервью с шизотипическими личностями
Вопросы, выявляющие внутренние противоречия
Враждебность
Временная перспектива
Вторичная выгода
Вулсон, А. М.

Г

Гантрип, Х.
Гарднер, Д. Л.
Генерализованное тревожное расстройство; *см. также* Тревога
Гибсон, Р. У.
Гидано, В. Ф.
Гилмор, М.
Гипервигильность
— при параноидном расстройстве личности
— при нарциссическом расстройстве личности
— при пограничном расстройстве личности
Гиперэстетическая шизоидная личность
Гистрионное расстройство личности
— в сравнении с зависимым расстройством личности
Гистрионное расстройство личности
— гендерная дифференциация
— диагностика
— лечение
— критерии по *DSM-III-R*
— когнитивный профиль
— принятие решений
— продолжительность психотерапии
— подгруппы
— отношения при
— связь с антисоциальным расстройством личности
— случай из практики
— соматические симптомы при
— суицидные намерения
— убеждения и стратегии
— характеристики
Гладстон, А. И.
Гнев
— и насилие по отношению к супругу
— при гистрионном расстройстве личности
— при антисоциальном расстройстве личности
— при избегающем расстройстве личности
— при параноидном расстройстве личности
— при нарциссическом расстройстве личности
— при пассивно-агрессивном расстройстве личности
— при пограничном расстройстве личности
— при шизоидном расстройстве личности
— у психотерапевта
Голдфрид, М. Р.
Горовиц, М.
Грандиозность
— при нарциссическом расстройстве личности
— при обсессивно-компульсивном расстройстве личности
Гринберг, Д.
Гринберг, Р. П.
Групповая психотерапия
Грюн, Р.
Грюнберг, А. М.
Гундерсон, Дж. Г.

Д

Даттор, П. Дж.
Демонстративность
Деперсонализация
Депрессия

— и принятие решений
— навыки самоконтроля для лечения
— при антисоциальном расстройстве личности
— при зависимом расстройстве личности
— при нарциссическом расстройстве личности
— при обсессивно-компульсивном расстройстве личности
— при пассивно-агрессивном расстройстве личности
— при шизоидном расстройстве личности
— отрицательные результаты лечения
— схемы при
Десенсибилизация
Деятельность, контроль и планирование
Джайлз, Т. Р.
Дзурилла, Т. Дж.
Диалектическая поведенческая психотерапия
Диджузеппе, Р.
Диссоциативное расстройство
Дисфория, низкая устойчивость
Дисфункциональные убеждения
— и когнитивный сдвиг
— и поведение
— иерархия
— при депрессии
— происхождение
— ослабление
— отношение к основным стратегиям
— у психотерапевта
Дихотомическое мышление
— при гистрионном расстройстве личности
— при зависимом расстройстве личности
— при нарциссическом расстройстве личности
— при обсессивно-компульсивном расстройстве личности
— при пограничном расстройстве личности
— определение
— психотерапия
— у психотерапевта
Дневники
— позитивных переживаний
— предсказаний
Доверие; *см.* Психотерапевтические отношения, доверие
Дойч, Х.
Домашние задания
— для обучения социальным навыкам
— несогласие с
— при гистрионном расстройстве личности
— при пограничном расстройстве личности
— мотивация к

Е

«Еженедельный график действий»
Естественные условия, выполнение заданий в

З

Завершение психотерапии; *см. также* Поддерживающие сессии; Предупреждение рецидивов
— при зависимом расстройстве личности
Зависимое расстройство личности
— дифференциальная диагностика

— реакция супруга
— лечение
— критерии по *DSM-III-R*
— когнитивный профиль
— подтипы
— отношения при
— случай из практики
— соматические проблемы
— убеждения и стратегии
— характеристики
Зальцман, Леон
Замещающая фантазия
«Запись дисфункциональных мыслей»
— использование психотерапевтом
— примеры
Застенчивость

И

Идеи отношения
Идентичности, чувство
— при гистрионном расстройстве личности
— при пограничном расстройстве личности
— укрепление
Идиосинкразическое значение
Избегающее расстройство личности
— будущие исследования
— в сравнении с социальной фобией
— в сравнении с шизоидным расстройством личности
— взаимоотношения при
— и застенчивость
— и обучение социальным навыкам
— и принятие решений
— использование воображения
— исследования в будущем
— когнитивный профиль
— критерии по *DSM-III-R*
— лечение
— предупреждение рецидивов
— случай из практики
— схема избегания
— убеждения и стратегии
Иллюзии
Инсайт-терапия
Интроспекция
Ипохондрия
Искусство психотерапии
Исследования, основанные на отдельных случаях
Истерика
Истерия; *см. также* Гистрионное расстройство личности
— черты 289-290

К

Кабакофф, Р.
Каган, Дж.
Каган, Р.
Камерон, Н.
Каплан, Р.

Карлсон, К. Р.
Карр, А. Т.
Касс, Д. Дж.
Катастрофические оценки
— использование дневника
Каудри, Р. У.
Кегеля, упражнения
Келли, Джордж
Кендлер, К. С.
Кениг, Р.
Кенигсберг, Х.
Кернберг, О. Ф.
Кити, С. С.
Кларкин, Дж. Ф.
Клекли, Х.
Клерман, Г. Л.
Клинический многоосевой опросник Миллона (*MCMI*)
Клиффорд, К. А.
Кляйн, М.
«Когнитивная психотерапия депрессии» (Бек и др.)
Когнитивно-аффективно-мотивационные программы
Когнитивное избегание; *см. также* Избегающее расстройство личности
Когнитивное реструктурирование
Когнитивные искажения
— и «Запись дисфункциональных мыслей»
— при гистрионном расстройстве личности
— при зависимом расстройстве личности
— при нарциссическом расстройстве личности
— при обсессивно-компульсивном расстройстве личности
— при пограничном расстройстве личности
«Когнитивные исследования»
Когнитивный сдвиг
Колби, К. М.
Коммуникация
— внутренняя
— и ассертивность
Компульсивность; *см. также* Обсессивно-компульсивное расстройство личности
Конверсионное расстройство
Контроль
— при избегающем расстройстве личности
— при обсессивно-компульсивном расстройстве личности
— при пассивно-агрессивном расстройстве личности
— при пограничном расстройстве личности
Контроль побуждений, проблемы с
— вмешательства
Копинг-стратегии
Кориэлл, У.
Кохут, Хайнц
Крепелин, Эмиль
Кречмер, Э.
Купер, А.

Л

Лазар, А.
Лайнхэн, М. М.
Ларнц, К.
Леви, Д.
Либенхуфт, Е.

Лилиенфельд, С.
Лиотти, Г.
Люборски, Л.
Люди, наделенные властью, отношение к
— при параноидном расстройстве личности
— при пассивно-агрессивном расстройстве личности
— при пограничном расстройстве личности

М

Мависсакалян, М.
Макдугалл, У.
Макхью, П. Р.
Малиноу, К. Л.
Мармор, Дж.
Международная классификация болезней (*ICD*)
Метод «стрелка вниз»
Мил, П. Е.
Миллон, Т.
— и покорная личность
— и социальная теория научения
— и теория социального научения
— о гистрионном расстройстве личности
— о параноидном расстройстве личности
— о нарциссическом расстройстве личности
— о пассивно-агрессивном расстройстве личности
— о пограничном расстройстве личности
— о шизоидном расстройстве личности
— об избегающем расстройстве личности
— об истерии
— об обсессивно-компульсивном расстройстве личности
Миннесотский многофазный личностный опросник (*MMPI*)
Минимизация
Моделирование
Мотивация
— для выполнения домашних заданий
— недостаток
— при избегающем расстройстве личности
— при обсессивно-компульсивном расстройстве личности
Мур, Д. Ф.
Мысли о сверхъестественном
Мэйсто, С. А.
Мюррей, Р. М.

Н

Наннарелло, Дж. Дж.
Направляемое открытие
— в сравнении с подходом поваренной книги
— при гистрионном расстройстве личности
— при антисоциальном расстройстве личности
— при зависимом расстройстве личности
— при параноидном расстройстве личности
Нарушение адаптации
Нарушение мочеиспускания, психогенное
Нарциссическая лесть
Нарциссическое расстройство личности
— влияние родителей
— гендерная дифференциация при

— и другие расстройства
— и насилие
— когнитивный профиль
— критерии по *DSM-III-R*
— лечение
— насилие при
— недостаток эмпатии
— отношения при
— работа и
— случай из практики
— убеждения и стратегии
Насилие по отношению к супругу
Негативизм
Негативные события в жизни
Несогласие, психотерапевтическое
— причины
Неудачи, страх
Нойс, Р.
Норман, У. Х.
Нравственное развитие
Нюрнберг, Х. Г.

О

Обзор дисфункциональных установок
«Обзор выборов», упражнение
Обработка информации
— искажения
Обсессивно-компульсивное расстройство личности
— дальнейшие исследования
— депрессия при
— диагностика
— и принятие решений
— использование слов
— исследования близнецов
— когнитивный профиль
— критерии по *DSM-III-R*
— лечение
— минимизация субъективных переживаний
— перфекционизм при
— предупреждение рецидивов при
— принятие решений при
— промедление при
— психосоматические расстройства при
— раздражение при
— речевые паттерны при
— ригидность при
— сексуальные расстройства при
— склонность к императивам при
— случай из практики
— тревога при
— убеждения и стратегии
— характеристики
Обсуждение истории жизни пациента
Обучение пользованию туалетом
Обучение социальным навыкам
Общее аффективное расстройство
Оверхолсер, Дж. К.
Опросник депрессии Бека

Опросник навязчивости Лэйтона
Оральный гнев
Остановки мыслей, метод
Остракизм; *см. также* Социальная изоляция
Отвержение, реакция на
— при гистрионном расстройстве личности
— при зависимом расстройстве личности
— при избегающем расстройстве личности
— при обсессивно-компульсивном расстройстве личности
— при пассивно-агрессивном расстройстве личности
— при пограничном расстройстве личности
— при шизоидном расстройстве личности
— при шизотипическом расстройстве личности
Отрицание
— расстройств личности
— при антисоциальном расстройстве личности
— эмоциональной реакции
Отыгрывание
Оценка себя
Оценка, гиперсенситивность к
Ошибки атрибуции

П

Память
Паническое расстройство
Параноидное расстройство личности
— чувства позора и унижения
— генетическая основа
— ригидность при
— лечение
— критерии по *DSM-III-R*
— когнитивный профиль
— признаки
— подтипы
— сложности в диагностике
— случай из практики
— убеждения и стратегии
Параноидные идеи
Паранойя; *см.* Параноидное расстройство личности
Парасуицидальное поведение; *см. также* Суицид
Паркс, С. Л.
Пассивно-агрессивное расстройство личности
— дифференциальная диагностика
— и принятие решений
— критерии по *DSM-III-R*
— когнитивный профиль
— негативизм при
— предупреждение рецидивов при
— поведенческие паттерны
— случай из практики
— убеждения и стратегии
— эмоции при
Переобучения, процесс
Пересмотренная контрольная таблица психопатии
Персонализация
Перфекционизм; *см. также* Обсессивно-компульсивное расстройство личности
Пиаже, Жан
Пилконис, П. А.

Планирование действий в непредвиденных обстоятельствах
Поведенческие методы
Поведенческие паттерны
Пограничное расстройство личности
— другие расстройства при
— диагностические критерии по *DSM-III-R*
— диагностика
— зависимость при
— и идентичность
— и переобучение
— лечение
— поведенческие паттерны
— психоз при
— особенности
— отношения при
— случай из практики
— убеждения при
— эмоциональные реакции при
Поддерживающие сессии
Подкрепление
Полатин, П.
Полушария мозга
Постепенно усложняющиеся задачи
Предсказания
— выявление
— запись в дневниках
— об отвержении
— при шизотипическом расстройстве личности
Предупреждение рецидивов
Преувеличение, как когнитивный метод
Привязанность
Приматы, поведение
Принятие желаемого за действительное
Принятие решений
— и упражнение «Обзор выборов»
— иерархия
— при зависимом расстройстве личности
— при обсессивно-компульсивном расстройстве личности
— случай из практики
— тревога
Припоминание
Проверка реальностью
— при шизотипическом расстройстве личности
Проекция
Промедление; *см. также* Обсессивно-компульсивное расстройство личности, промедление при
Противодействие избеганию
Процессы, связанные с развитием
— задержка
Психоанализ
— и истерия
— и паранойя
— и обсессивно-компульсивное расстройство личности
— и пограничное расстройство личности
— межличностный
Психодрама
Психологическое тестирование; *см. также* Миннесотский многофазный личностный опросник
— сопротивление
Психопатия
— первичная в сравнении с вторичной

Психосоматические расстройства
Психотерапевт
— дисфункциональные убеждения у
— и психотерапевтические цели
— и отношение к людям, наделенным властью
— как ролевая модель
— использование «Записи дисфункциональных мыслей»
— навыки
— необходимость в профессионализме
— пациенты с гистрионным расстройством личности
— пациенты с антисоциальным расстройством личности
— пациенты с зависимым расстройством личности
— пациенты с избегающим расстройством личности
— пациенты с обсессивно-компульсивным расстройством личности
— пациенты с пассивно-агрессивным расстройством личности
— пациенты с пограничным расстройством личности
— эмоциональные реакции
Психотерапевтические отношения
— близость в
— доверие в
— реакция переноса в
— конфликты в связи с контролем
— при гистрионном расстройстве личности
— при антисоциальном расстройстве личности
— при зависимом расстройстве личности
— при параноидном расстройстве личности
— при нарциссическом расстройстве личности
— при пассивно-агрессивном расстройстве личности
— при пограничном расстройстве личности
— при шизоидном расстройстве личности
— при шизотипическом расстройстве личности
— проблемы при сотрудничестве в
— профессионализм в
— подкрепление в
— силовая борьба в
Психотерапевтические цели
— и несогласие
— имплицитные в сравнении с эксплицитными
— конфликт по поводу
— перечень конкретных проблем
— нереалистичные
— при гистрионном расстройстве личности
— при зависимом расстройстве личности
— при избегающем расстройстве личности
— при нарциссическом расстройстве личности
— при обсессивно-компульсивном расстройстве личности
— соглашение о
— спецификация
Психотерапия семейных пар
Пфоль, Б.

Р

Райх, Вильгельм
Райх, Дж. X.
Расстройства Оси I по *DSM-III-R; см.* также Тревога; Депрессия
— в сравнении с расстройствами Оси II
— и антисоциальное расстройство личности
— и избегающее расстройство личности от

— и нарциссическое расстройство личности
— и психотерапевтические отношения
— и шизоидное расстройство личности
Расстройства Оси II по *DSM-III-R*
— в сравнении с расстройствами Оси I
— и работа со схемами
— и несогласие при психотерапии
— как функциональные схемы
— несогласие с психотерапией
— эвристические признаки
Раш, А. Дж.
Реактивный психоз
Реакции контрпереноса
Реакция переноса
Реатрибуция
Релаксации, обучение
Рем, Л.
Реннеберг, Б.
Реструктурирование в воображении
Ридер, Р. О.
Ритуалы
Робинс, Л.
Розенталь, Д.
Ролевая игра
— в группе
— для тренировки ассертивности
— обратная
«Руководство по диагностике и статистической классификации психических расстройств — III (пересмотренная версия)» (*DSM-III-R*)
— и истерия
— изменения в
— паттерны Оси II
— паттерны Оси II
— Ось I
— Ось IV
Руководящие принципы лечения, краткое изложение
Рэйдо, С.

С

Салливан, Гарри Стэк
Самоисполняющиеся пророчества
Самоконтроль, обучение навыкам
Самонаблюдение
Самоподкрепление
Саморазрушительное поведение; *см. также* Суицид
Самоуправляемые регулирующие процессы
Сдвиг парадигмы
Сексуальное поведение
Семейная психотерапия
Семья, влияние
Сивер, Л. Дж.
Силверз, Ф. М.
Симптомы и синдромы; *см.* Расстройства Оси I
Скарр, С.
Славни, П. Р.
Смоклер, И. А.
Смол, Дж. Г.
Смол, И. Ф.

Собственной эффективности, чувство
— и необходимость в вигильности
— при параноидном расстройстве личности
— при пограничном расстройстве личности
— случай из практики
События детства
Совесть
Совместный эмпиризм
Соматизация
Соматоформное расстройство
Сопротивление
Социальная изоляция
— при параноидном расстройстве личности
— при шизоидном расстройстве личности
— при шизотипическое расстройстве личности
Социальная фобия
— лечение
Социальное окружение
— обратная связь
Социопатия
Спитцер, Р. Л.
Стангл, Д.
Стивенс, Дж. Х.
Стили поведения
Стиль наблюдателя
Стравински, А.
Страх изменений
Стрессоры
— и психосоматические расстройства
— и шизофрения
— при параноидном расстройстве личности
— окружающей среды
Структурированное клиническое интервью
Суицид
— попытки
— мысли
Суонсон, М. Г.
Суперэго
Схематическая модификация
Схематическая реинтерпретация
Схематическое реструктурирование
Схемы
— дезадаптивные
— глубинные
— аффективные
— замена
— развитие адаптивных
— и обработка информации
— и основные побуждения
— и цели лечения
— когнитивная обработка
— подкрепление
— при антисоциальном расстройстве личности
— проверка
— последовательность
— характеристики
— типы
— условные

Т

Теория объектных отношений
Теория социального научения
Тернер, С. М.
Тест Роршаха
Тест тематической апперцепции
Техника континуума
Тип личности А
Томсон, Дж. А.
Траутон, Е.
Тревога
— в межличностных отношениях
— вызванная психотерапией
— расставания
— и паттерн «нападай и убегай»
— и способ действий в ситуации опасности
— и филогенетическое наследие
— компенсация
— при гистрионном расстройстве личности
— при зависимом расстройстве личности
— при параноидном расстройстве личности
— при обсессивно-компульсивном расстройстве личности
— при шизоидном расстройстве личности
— при шизотипическом расстройстве личности
— случай из практики
— социальная; *см. также* Социальная фобия
Тренинг ассертивности
— при гистрионном расстройстве личности
— при зависимом расстройстве личности
— при избегающем расстройстве личности
Тренировка поведения
Тросман, Х.
Туркат, И. Д.
— о гистрионном расстройстве личности
— о замкнутом расстройстве личности
— о параноидном расстройстве личности

У

Уитман, Р. М.
Уотерхаус, Л.
Употребление психоактивных веществ
— при гистрионном расстройстве личности
— при антисоциальном расстройстве личности
— при зависимом расстройстве личности
— при избегающем расстройстве личности
— при нарциссическом расстройстве личности
— при пограничном расстройстве личности
Упражнения по контролю над мочеиспусканием
Уэндер, П. Х.
Уэст, М.

Ф

Фалкер, Д. У.
Фантазия
— замещающая
Феничел, Отто

Фобия; *см. также* Социальная фобия
Фрейд, Зигмунд
Фэрбэрн, У. Р. Д.

Х

Хамман, М. С.
Хилл, Д. К.
Хинкл, Л. Е.
Хоган, Р.
Хорни, Карен
Хох, А.
Хэр, Р.

Ц

Циммерман, М.

Ч

Чамблесс, Д. Л.
Чик, Дж.
Членовредительство

Ш

Шапиро, Дэвид
Шеврин, Х.
Шелдон, А. Е. Р.
Шизоидное расстройство личности
— в сравнении с избегающим расстройством личности
— в сравнении с шизотипическим расстройством личности
— диагностика
— амбивалентность при
— задержка в развитии при
— и межличностные отношения
— и эмоции
— лечение
— когнитивный профиль
— органические основы
— предупреждение рецидивов
— поведенческие паттерны
— поведенческий паттерн при
— отношения между матерью и ребенком при
— случай из практики
— убеждения и стратегии
— фантазия при
— типы
— эмоции при
Шизотипическое расстройство личности
— в сравнении с шизофренией
— речевые паттерны
— лечение
— критерии по *DSM-III-R*
— когнитивные искажения
— поведенческие паттерны
— случай из практики
— убеждения при
— эмоции при

Шизофрения
Шкала депрессии Гамильтона
Шкалирование
Шоу, Б. Ф.
Штросс, Дж. С.
Шульзингер, Ф.

Э

Эго-аналитики
Эдипов комплекс
Эйбрамз, Г. М.
Экспериенциальные методы
Экспертиза расстройств личности (*PDE*)
Эксцентричность
Эллис, Альберт
Эллис, Хейвлок
Эмоции
— при гистрионном расстройстве личности
— при антисоциальном расстройстве личности
— при зависимом расстройстве личности
— при избегающем расстройстве личности
— при параноидном расстройстве личности
— при нарциссическом расстройстве личности
— при обсессивно-компульсивном расстройстве личности
— при пассивно-агрессивном расстройстве личности
— при шизоидном расстройстве личности
— при гистрионном расстройстве личности
— при пограничном расстройстве личности
— планирование
— у психотерапевта
Эмоциональная устойчивость
Эмоциональное мышление
Эриксон, Эрик
Эсман, А. Х.
Этологические стратегии

Ю

Юмор, в психотерапии

Я

Я-концепция
Янг, Дж.
Ярлыки

Литература

1. Abend, S. M., Porder, M. S., & Willick, M. S. (1983). *Borderline patients: Psychoanalytic perspectives.* New York: International Universities Press.
2. Abraham, K. (1921/1953). Contributions to the theory of the anal character. In *Selected papers of Karl Abraham* (D. Bryan & A. Strachey, Trans.). New York: Basic Books.
3. Abraham, K. (1924/1948). The influence of oral eroticism on character formation. In *Selected papers of Karl Abraham* (D. Bryan & A. Strachey, Trans.). London: Hogarth Press.
4. Abraham, K. (1927/1948). Manifestations of the female castration complex. In *Selected papers of Karl Abraham* (D. Bryan & A. Strachey, Trans.). London: Hogarth Press.
5. Adams, P. (1973). *Obsessive children: A sociopsychiatric study.* New York: Brunner/Mazel.
6. Akhtar, S., & Thomson, J. A. (1982). Overview: Narcissistic personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 139 (1),* 12–20.
7. Allen, D. W. (1977). Basic treatment issues. In M. Horowitz (Ed.), *Hysterical personality.* New York: Jason Aronson.

8. American Psychiatric Association (APA). (1952). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (1st ed.). Washington, DC: Author.
9. American Psychiatric Association (APA). (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (2nded.). Washington, DC: Author.
10. American Psychiatric Association (APA). (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: Author.
11. American Psychiatric Association (APA). (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed., rev.). Washington, DC: Author.
12. Anderson, R. (1966). *Neuropsychiatry in World War II* (Vol. 1). Washington, DC: Office of the Surgeon General, Department of the Army.
13. Angyal, A. (1965). *Neurosis and treatment: A holistic theory.* New York: Viking Press.
14. Arieti, S. (1955). *Interpretation of schizophrenia.* New York: Robert Brunner.
15. Bach, S. (1977). On the narcissistic state of consciousness. *International Journal of Psycho-Analysis, 58,* 209–233.
16. Bandura, A. (1977). *Social learning theory.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
17. Barley, W. (1986). Behavioral and cognitive treatment of criminal and delinquent behavior. In W. Reid, D. Dorr, J. Walker, & J. Bonner (Eds.), *Unmasking the psychopath.* New York: Norton.
18. Baron, M. (1981). *Schedule for Interviewing Borderlines.* New York: New York State Psychiatric Institute.
19. Baron, M., Asnis, L, & Gruen, R. (1981). The Schedule of Schizotypal Personalities (SSP): A diagnostic interview for schizotypal features. *Psychiatry Research, 4* ,213–228.
20. Bartlett, F. C. (1932). *Remembering.* New York: Columbia University Press.
21. Bartlett, F. C. (1958). *Thinking: An experimental and social study.* New York: Basic Books.
22. Baumbacher, G., & Amini, F. (1980–1981). The hysterical personality disorder: A proposed clarification of a diagnostic dilemma. *International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy, 8* ,501–532.
23. Beardslee, W. R., Bemporad, J., Keller, M. B., & Klerman, G. L. (1983). Children of parents with major affective disorder: A review. *American Journal of Psychiatry, 140(7),* 825–832.
24. Beck, A. T. (1963). Thinking and depression: I. Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archives of General Psychiatry, 9,* 324–444.
25. Beck, A. T. (1964). Thinking and depression: II. Theory and therapy. *Archives of General Psychiatry, 10,* 561–571.
26. Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects.* New York: Harper & Row. (Republished as *Depression: Causes and treatment.* Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1972.)
27. Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders.* New York: International Universities Press.
28. Beck, A. T. (1983). Cognitive therapy of depression: New perspectives. In P.J. Clayton & J. E. Barrett (Eds.), *Treatment of depression: Old controversies and new approaches.* New York: Raven Press.
29. Beck, A. T. (1987). Cognitive therapy. In J. K. Zeig (Ed.), *The evolution of psychotherapy.* New York: Brunner/Mazel.
30. Beck, A. T. (1988). *Love is never enough.* New York: Harper & Row.
31. Beck, A. T ., & Emery, C., with Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective.* New York: Basic Books.
32. Beck, A. T ., Rush, J., Shaw, B., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression.* New York: Guilford Press.
33. Bell, M. (1981). *BellObject-Relations Self-Report Scale.* West Haven, CT: Psychology Service, VA Medical Center.
34. Berne, E. (1964). *Games people play.* New York: Ballantine.
35. Bernstein, D. A., & Borkovec, T. D. (1976). *Progressive relaxation training: A manual for the helping professionals.* Champaign, IL: Research Press.
36. Bird, J. (1979). The behavioural treatment of hysteria. *British Journal of Psychiatry, 134,* 129–137.
37. Birtchnell, J. (1984). Dependence and its relationship to depression. *British Journal of Medical Psychology, 57,* 215–225.
38. Blackburn, R., & Lee-Evans, J. M. (1985). Reactions of primary and secondary psychopathos to anger-evoking situations. *British Journal of Clinical Psychology, 24,* 93-100.
39. Blashfield, R. K., & Breen, M. J. (1989). Face validity of the DSM-III-R personality disorders. *American Journal of Psychiatry, 146,* 1575–1579.
40. Bleuler, E. (1924). *Textbook of psychiatry* (A. Brill, Trans.). New York: Macmillan.
41. Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment.* New York: Basic Books.
42. Bowlby, J. (1977). The making and breaking of affectional bonds. *British Journal of Psychiatry, 130,* 201–210.
43. Breuer, J., & Freud, S. (1893–1895/1955). Studies on hysteria. In J. Strachey (Ed. and Trans.), *Complete psychological works of Sigmund Freud* (Standard Ed., Vol. 2). London: Hogarth Press.
44. Burnham, D. L, Gladstone, A. I., & Gibson, R. W. (1969). *Schizophrenia and the need-fear dilemma.* New York: International Universities Press.
45. Burns, D. (1980). *Feeling good.* New York: Morrow.
46. Bursten, B. (1973). Some narcissistic personality types. *International Journal of Psycho-Analysis, 54,* 287–300.
47. Buss, A. H. (1987). Personality: Primitive heritage and human distinctiveness. In J. Aronoff, A. I. Robin, & R. A. Zucker (Eds.), *The emergence of personality.* New York: Springer.
48. Buss, D., & Craik, K. (1983). The act frequency approach to personality. *Psychological Review, 90,* 105–126.
49. Cameron, N. (1963). *Personality development and psychopathology: A dynamic approach.* Boston: Houghton Mifflin.
50. Cameron, N. (1974), Paranoid conditions and paranoia. In S. Arieti & E. Brody (Eds.), *American handbook of psychiatry.* New York: Basic Books.
51. Caplan, P., & Hall-McCorquodale, I. (1985). Mother-blaming in major clinical journals. *American Journal of Orthopsychiatry, 55(3),* 345–353.
52. Carr, A. T. (1974). Compulsive neurosis: A review of the literature. *Psychological Bulletin, 81,* 311–318.
53. Casey, P. R., Tryer, P.J., & Platt, S. (1985). The relationship between social functioning and psychiatric functioning in primary care. *Social Psychiatry, 20(1),* 5–9.
54. Chambless, D. L, & Renneberg, B. (1988, September). *Personality disorders of agoraphobics.* Paper presented at the World Congress on Behaviour Therapy, Edinburgh, Scotland.
55. Chatham, P. M. (1985). *Treatment of the borderline personality.* New York: Jason Aronson.

56. Chick, J., Waterhouse, L, & Wolff, S. (1980). Psychological construing in schizoid children grown-up. *Annual Progress in Child Psychiatry and Development,* 386–395.
57. Clarkin, J. F., Widiger, T. A., Frances, A., Hurt, S. W., & Gilmore, M. (1983). Prototypic typology and the borderline personality disorder.*Journal of Abnormal Psychology, 93,* 263–275.
58. Cleckley, H. (1976). *The mask of sanity* (5th ed.). St. Louis: Mosby.
59. Clifford, C. A., Murray, R. M, & Fulker, D. W. (1980). Genetic and environmental influences of obsessional trains and symptoms. *Psychological Medicine, 14,* 791–800.
60. Coche, E. (1987). Problem solving training: A group cognitive therapy modality. In A. Freeman & V. Greenwood (Eds.), *Cognitive therapy: Applications in psychiatric and medical settings.* New York: Human Sciences Press.
61. Colby, K. M. (1981). Modeling a paranoid mind. *The Behavioral and Brain Sciences, 4,* 515–560.
62. Colby, K. M., Faught, W. S., & Parkinson, R. C. (1979). Cognitive therapy of paranoid conditions: Heuristic suggestions based on a computer simulation model. *Cognitive Therapy and Research, 3,* 5-60.
63. Cupoldi, J., Hallock, J., & Barnes, L. (1980). Failure to thrive. *Current Problems in Pediatrics, 10,* 1-43.
64. Curran, J. P. (1977). Skills training as an approach to the treatment of heterosexual-social anxiety: A review. *Psychological Bulletin, 84,* 140–157.
65. Daltito, J. A., & Perugi, G. (1988). A case of social phobia with avoidant personality disorder treated with MAOI. *Comprehensive Psychiatry, 27(3),* 255–258.
66. Deffenbacher, J. L., Storey, D. A., Stark, R. S., Hogg, J. A., & Brandon, A. D. (1987). Cognitive-relaxation and social skills interventions in the treatment of general anger. *Journal of Counseling Psychology, 34(2),* 171–176.
67. Deutsch, H. (1942). Some forms of emotional disturbance and their relationship to schizophrenia. *Psychoanalytic Quarterly, 11,* 301–321.
68. DiGiuseppe, R. (1983). Rational emotive therapy and conduct disorders. In A. Ellis & M. E. Bernard (Eds.), *Rational-emotive approaches to the problems of childhood.* New York: Plenum.
69. DiGiuseppe, R. (1986). The implication of the philosophy of science for rational-emotive theory and therapy. *Psychotherapy, 23(4),* 634–639.
70. DiGiuseppe, R. (1989). Cognitive therapy with children. In A. Freeman, K. M. Simon, L. Beutler, & H. Arkowitz (Eds), *Comprehensive handbook of cognitive therapy.* New York: Plenum Press.
71. D'Zurilla, T. J., & Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification.*Journal of Abnormal Psychology, 78,* 107–126.
72. Easser, B. R., & Lesser, S. R. (1965). Hysterical personality: A reevaluation. *Psychoanalytic Quarterly, 34,* 390–415.
73. Edell, W. S. (1984). The borderline Syndrome Index: Clinical validity and utility. *Journal of Nervous and Mental Disease, 172,* 254–263.
74. Eisely, L (1961). *Darwin's century.* Garden City, NY: Doubleday/Anchor.
75. Ellis, A. (1957a). Rational psychotherapy and individual psychology. *Journal of Individual Psychology, 73(1)* , 38–44.
76. Ellis, A. (1957b). Outcome of employing three techniques of psychotherapy.*Journal of Clinical Psychology, 13(4),* 344–350.
77. Ellis, A. (1958). Rational psychotherapy.*Journal of General Psychology, 59,* 35–49.
78. Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy.* New York: Lyle Stuart.
79. Ellis, A. (1985). *Overcoming resistance: Rational-emotive therapy with difficult clients.* New York: Springer.
80. Ellis, H. (1898). Auto-eroticism: A psychological study. *Alienist and Neurologist, 19,* 260–299.
81. Erikson, E. (1950). *Childhood and society.* New York: Norton.
82. Esman, A. H. (1986). Dependent and passive-aggressive personality disorders. In A. M. Cooper, A. J. Frances, & M. H. Sacks (Eds.), *The personality disorders and neuroses.* New York: Basic Books.
83. Fabrega, H., Mezzich, J. E., Mezzich, A. C., & Coffman, G. A. (1986). Descriptive validity of DSM-III depressions.*Journal of Nervous and Mental Disease, 174(10),* 573–584.
84. Fagan, T., & Lira, F. (1980). The primary and secondary sociopathic personality: Differences in frequency and severity of antisocial behaviors.*Journal of Abnormal Psychology, 89(3),* 493–496.
85. Fairbairn, W. R. D. (1940). *Schizoid factors in the personality. Psychoanalytic studies of the personality.* London: Tavistock.
86. Fenichel, O. (1945). *The psychoanalytic theory of neurosis.* New York: Norton.
87. Fleming, B. (1983, August). *Cognitive therapy with histrionic patients: Resolving a conflict in styles.* Paper presented at the meeting of the American Psychological Association, Anaheim, CA.
88. Fleming, B. (1985, November). *Dependent personality disorder: Managing the transition from dependence to autonomy.* Paper presented at the meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, Houston, TX.
89. Fleming, B. (1988). Cognitive therapy with histrionic personality disorder: Resolving a conflict of styles. *International Cognitive Therapy Newsletter, 4,* 4-12.
90. Fleming, B., & Pretzer, J. (in press). Cognitive-behavioral approaches to personality disorders. In M. Hersen (Ed.), *Advances in behavior therapy.* Newbury Park, CA: Sage.
91. Foon, A. E. (1985). The effect of social class and cognitive orientation on clinical expectations. *British Journal of Medical Psychology, 58(4),* 357–364.
92. Frances, A. (1985). *DSM-III personality disorders.* New York: BMA Audio Cassettes.
93. Frances, A. (1987). *DSM-III personality disorders: Diagnosis and treatment.* New York: BMA Audio Cassettes.
94. Frances, A. (1988). Dependency and attachment. *Journal of Personality Disorders, 2,* 125.
95. Frances, A., Clarkin, J. F, Gilmore, M., Hurt, I., & Brown, I. (1984). Reliability of criteria for borderline personality disorder: A comparison of DSM-II and the Diagnostic Interview for Borderlines. *American Journal of Psychiatry, 141,* 1080–1084.
96. Frances, A., & Nemiah, J. C. (1983). Treatment planning: Which psychodynamic therapy for a painfully shy patient? *Hospital and Community Psychiatry, 34(12),* 1111–1112, 1117.
97. Frank, J. D. (1973). *Persuasion and healing* (2nd ed.). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
98. Frazee, H. E. (1953). Children who later become schizophrenic. *SmithCollegeStudies in Social Work, 23,* 125–149.
99. Freeman, A. (1986). Understanding personal, cultural, and family schema in psychotherapy. In A. Freeman, N. Epstein, & K. Simon (Eds.), *Depression in the family.* New York: Haworth Press.
100. Freeman, A. (1987a). Cognitive therapy: An overview. In A. Freeman & V. Greenwood (Eds.), *Cognitive therapy:*

Applications in psychiatric and medical settings. New York: Human Sciences Press.

101. Freeman, A. (1987b). Understanding personal, cultural, and religious schema in psychotherapy. In A. Freeman, N. Epstein, & K. Simon (Eds.), *Depression in the family.* New York: Haworth Press.
102. Freeman, A. (1988a). Cognitive therapy of personality disorders. In G. Perris, I. Blackburn, & H. Perris (Eds.), *Cognitive psychotherapy: Theory and practice.* New York: Springer Verlag.
103. Freeman, A. (1988b). Cognitive therapy of personality disorders. In C. Perris & M. Eisemann (Eds.), *Cognitive psychotherapy: An update.* Umea, Sweden: DOPUU Press.
104. Freeman, A., & Leaf, R. (1989). Cognitive therapy of personality disorders. In A. Freeman, K. Simon, L. Beutler, & H. Arkowitz (Eds.), *Comprehensive handbook of cognitive therapy.* New York: Plenum.
105. Freeman, A., Pretzer J., Fleming, B ., & Simon, K. (1990). *Clinical applications of cognitive therapy.* New York: Plenum Press.
106. Freeman, A., & Simon, K. M . (1989). Cognitive therapy of anxiety. In A. Freeman, K. Simon, L. Beutler, & H. Arkowitz (Eds.), *Comprehensive handbook of cognitive therapy.* New York: Plenum.
107. Freud, S. (1905/1953). Three essays on the theory of sexuality. In J. Strachey (Ed. and Trans.), *Complete psychological works of Sigmund Freud* (Standard Ed., Vol. 7). London: Hogarth Press.
108. Freud, S. (1908/1963). Character and anal eroticism. In P. Reiff (Ed.), *Collected papers of Sigmund Freud,* (Vol. 10). New York: Collier.
109. Freud, S. (1909/1955). Notes upon a case of obsessional neurosis. In J. Strachey (Ed. and Trans.), *Complete psychological works of Sigmund Freud* (Standard Ed., Vol. 10). London: Hogarth Press.
110. Freud, S. (1914/1957). On narcissism: An introduction. In J. Strachey (Ed. and Trans.), *Complete psychological works of Sigmund Freud* (Standard Ed., Vol. 14). London: Hogarth Press.
111. Gagan, R., Cupoldi J., & Watkins, A. (1984). The families of children who fail to thrive: Preliminary investigations of parental deprivation among organic and nonorganic cases. *Child Abuse and Neglect, 8* , 93-103.
112. Gilbert, P. (1989). *Human nature and suffering.* Hillsdale, NJ: Erlbaum.
113. Giles, T. R., Young, R. R., & Young, D. E. (1985). Behavioral treatment of severe bulimia. *Behavior Therapy, 16,* 393–405.
114. Gilligan, C. (1982). *In a different voice.* Cambridge, MA: Harvard University Press.
115. Gilson, M. L. (1983). *Depression as measured by perceptual bias in binocular rivalry.* Ann Arbor: University Microfilms No. AAD83-27351.
116. Gittelman-Klein, R., & Klein, D. (1969). Premorbid asocial adjustment and prognosis in schizophrenia.*Journal of Psychiatric Research, 7,* 35–53.
117. Goldfried, M., & Newman, C. (1986). Psychotherapy integration: An historical perspective. In J. C. Norcross (Ed.), *Handbook of eclectic psychotherapy.* New York: Brunner/Mazel.
118. Goldstein, A. P., Martens, J., Hubben, J., Van Belle, H. A., Schaaf, W., Wirsma, H., & Goedhart, A. (1973). The use of modeling to increase independent behaviour. *Behaviour Research and Therapy, 11,* 31–42.
119. Goldstein, W. (1985). *An introduction to the borderline conditions.* Northvale, NJ: Jason Aronson.
120. Greenberg, D., & Stravynski, A. (1985). Patients who complain of social dysfunction: I. Clinical and demographic features. *Canadian Journal of Psychiatry, 30,* 206–211.
121. Greenberg, R. P., & Bornstein, R. F. (1988a). The dependent personality: I. Risk for physical disorders. *Journal of Personality Disorders, 2,* 126–135.
122. Greenberg, R. P., & Bornstein, R. F. (1988b). The dependent personality: II. Risk for psychological disorders.*Journal of Personality Disorders, 2,* 136–143.
123. Greenberg, R. P., & Dattore, P. J. (1981). The relationship between dependency and the development of cancer. *Psychosomatic Medicine, 43,* 35–43.
124. Guidano, V. F., & Liotti, G. (1983). *Cognitive processes and emotional disorders.* New York: Guilford Press.
125. Gunderson, J. G. (1984). *Borderline personality disorders.* Washington, DC: American Psychiatric Press.
126. Gunderson, J. G., & Singer, M.T. (1975). Defining borderline patients: An overview. *American Journal of Psychiatry, 132,* 1–9.
127. Guntrip, H. (1969). *Schizoid phenomena, object relations, and the self.* New York: International Universities Press.
128. Hales, R. E., Polly, S., Bridenbaugh, H., & Orman, D. (1986). Psychiatric consultations in a military general hosital. A report on 1,065 cases. *General Hospital Psychiatry, 8(3),* 173–182.
129. Hamilton, M. A. (1967). Development of a rating scale for primary depressive illness. *British Journal of Social and Clinical Psychology, 6,* 278–296.
130. Hare, R. (1985a). Comparison of procedures for the assessment of psychopathy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 53,* 7-16.
131. Hare, R. (1985b). A checklist for the assessment of psychopathy. In M. H. Ben-Aron, S. J. Hucker, & C. Webster (Eds.), *Clinical criminology.* Toronto: M. & M. Graphics.
132. Hare, R. (1986). Twenty years of experience with the Cleckley psychopath. In W. Reid, D. Dorr, J. Walker, & J. Bonner (Eds.), *Unmasking the psychopath.* New York: Norton.
133. Harlow, H. (1959). Love in infant monkeys. *Scientific American, 200,* 68–86.
134. Harris, G. A., & Watkins, D. (1987). *Counseling the involuntary and resistant client.* College Park, MD: American Correctional Association.
135. Henn, F. A., Herjanic, M., & VanderPearl, R. H. (1976). Forensic psychiatry: Diagnosis and criminal responsibility. *Journal of Nervous and Mental Disease, 162(6),* 423–429.
136. Hill, A. B. (1976). Methodological problems in the use of factor analysis: A critical review of the experimental evidence for the anal character. *British Journal of Medical Psychology, 49,* 145–159.
137. Hill, D. C. (1970). Outpatient management of passive-dependent women. *Hospital and Community Psychiatry, 21,* 38–41.
138. Hinkle, L. E. (1961). Ecological observations on the relation of physical illness, mental illness, and the social environment. *Psychosomatic Medicine, 23,* 289–296.
139. Hoch, A. (1909). A study of the mental make-up in the functional psychoses. *Journal of Nervous and Mental Disease, 36,* 230–236.

140. Hoch, P., & Polatin, P. (1939). Pseudoneurotic forms of schizophrenia. *Psychiatric Quarterly, 23,* 248–276.
141. Hogan, R. (1987). Personality psychology: Back to basics. In J. Aronoff, A. I. Robin, & R. A. Zucker (Eds.), *The emergence of personality.* New York: Springer.
142. Hollon, S. D., Kendall, P. C., & Lumry, A. (1986). Specificity of depressogenic cognitions in clinical depression.*Journal of Abnormal Psychology, 95(1),* 52–59.
143. Horney, K. (1945). *Our inner conflicts.* New York: Norton.
144. Horney, K. (1950). *Neurosis and human growth.* New York: Norton.
145. Horowitz, M. (1975). Sliding meanings: A defense against threat in narcissistic personalities. *International journal of Psychoanalytic Psychotherapy, 4,* 167–180.
146. Horowitz, M. (Ed.) (1977). *Hysterical personality.* New York: Jason Aronson.
147. Horowitz, M. (1979). *States of mind.* New York: Plenum.
148. Hurt, S. W., Hyler, S. E., Frances, A., Clarkin, J. F., & Brent, R. (1984). Assessing borderline personality disorder with self-report, clinical interview, or semi-structured interview. *American Journal of Psychiatry, 141,* 1228–1231.
149. Ingram, R. E., & Hollon, S. D. (1986). Cognitive therapy for depression from an information processing perspective. In R. E. Ingram (Ed.), *Information processing approaches to clinical psychology.* New York: Academic Press.
150. Jones, E. (1918/1961). Anal erotic character traits. In*Papers on psychoanalysis.* Boston: Beacon Press.
151. Jones, E. (1948/1967). *Papers on psychoanalysis.* Boston: Beacon Press.
152. Jones, R. A. (1977). *Self-fulfilling prophecies: Social, psychological, and physiological effects of expectancies.* Hillside, NJ: Erlbaum.
153. Juni, S., & Semel, S. R. (1982). Person perception as a function of orality and anality. *Journal of Social Psychology, 118,* 99-103.
154. Kagan, J. (1989). Temperamental contributions to social behavior. *American Psychologist, 44(4),* 668–674.
155. Kagan, R. (1986). The child behind the mask: Sociopathy as a developmental delay. In W.Reid, D. Dorr, J. Walker, & J. Bonner (Eds.), *Unmasking the psychopath.* New York: Norton.
156. Karno, M., Hough, R. L, Burnam, M. A., Escobar, J. I., Timbers, D. M., Santana, F., & Boyd, J. H. (1986). Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders among Mexican Americans and non-Hispanic whites in Los Angeles. *Archives of General Psychiatry, 44(5),* 695–701.
157. Kass, D.J., Silvers, F. M., & Abrams, G. M. (1972). Behavioral group treatment of hysteria. *Archives of General Psychiatry, 26,* 42–50.
158. Kelly, G. (1955). *The psychology of personal constructs.* New York: Norton.
159. Kendler, K. S., & Gruenberg, A. M. (1982). Genetic relationship between paranoid personality disorder and the «schizophrenic spectrum disorders». *American Journal of Psychiatry, 139,* 1185–1186.
160. Kendler, K. S., Gruenberg, A. M., & Strauss, J. S. (1981). An independent analysis of the Copenhagen sample of the Danish adoption study of schizophrenics: II. The relationship between schizotypal personality disorder and schizophrenia. *Archives of General Psychiatry, 38,* 982–984.
161. Kernberg, O. F. (1967). Borderline personality organization. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 15,* 641–685.
162. Kernberg, O. F. (1970). Factors in the treatment of narcissistic personality disorder. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 18* , 51–58.
163. Kernberg, O. F. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism.* New York: Jason Aronson.
164. Kernberg, O. F. (1977). Structural change and its impediments. In P. Hartocollis (Ed.), *Borderline personality disorders: The concept, the syndrome, the patient.* New York: International Universities Press.
165. Kernberg, O. F. (1984). *Severe personality disorders: Psychotherapeutic strategies.* New Haven: Yale University Press.
166. Kety, S. S., Rosenthal, D., Wender, P. H., & Schulsinger, F. (1968). The types and prevalence of mental illness in the biological and adoptive families of adopted schizophrenics. In D. Rosenthal & S. S. Kety (Eds.), *The transmission of schizophrenia.* Oxford: Pergamon Press.
167. Kety, S. S., Rosenthal, D., Wender, P. H., & Schulsinger, F. (1971). Mental illness in the biological and adoptive families of adopted schizophrenics.*American Journal of Psychiatry, 128,* 302–306.
168. Klein, M. (1952). Notes on some schizoid mechanisms. In M. Klein, P. Heinmann, S. Isaacs, & J. Riviere (Eds.), *Developments in psychoanalyse.* London: Hogarth Press.
169. Knight, R. (1953). Borderline states. *Bulletin of the Menninger Clinic, 17,* 1-12.
170. Kochen, M. (1981). On the generality of PARRY, Colby's paranoia model. *The Behavioral and Brain Sciences, 4,* 540–541.
171. Koenigsberg, H., Kaplan, R., Gilmore, M., & Cooper, A. (1985). The relationship between syndrome and personality disorder in DSM-III: Experience with 2462 patients. *American Journal of Psychiatry, 142,* 207–212.
172. Kohlberg, L. (1984). *The psychology of moral development.* New York: Harper & Row.
173. Kohut, H. (1966). Forms and transformations of narcissism.*Journal of the American Psychoanalytic Association, 14,* 243–272.
174. Kohut, H. (1971). *The analysis of the self.* New York: International Universities Press.
175. Kolb, J. E., & Gunderson J. G. (1980). Diagnosing borderline patients with a semi-structured interview. *Archives of General Psychiatry,* 37, 37–41.
176. Kolb, L. C. (1968). *Modern clinical psychiatry* (7th ed.). Philadelphia: W. B. Saunders.
177. Kraepelin, E. (1913). *Psychiatric: Ein lehrbuch* (8th ed. Vol. 3). Leipzig: Barth.
178. Kretschmer, E. (1925). *Physique and character.* New York: Harcourt, Brace.
179. Landau, R. J., &; Goldfried, M. R. (1981). The assessment of schemata: A unifying framework for cognitive, behavioral, and traditional assessment. In P. C. Kendall & S. D. Hollon (Eds.), *Assessment strategies for cognitive-behavioral interventions.* New York: Academic Press.
180. Lange, A. J., & Jakubowski, P. (1976). *Responsible assertive behavior: Cognitive/behavioral procedures for trainers.* Champaign, IL: Research Press.
181. Lazare, A., Klerman, G. L, & Armor, D. J. (1966). Oral, obsessive, and hysterical personality patterns.*Archives of General Psychiatry, 14,* 624–630.
182. Lazare, A., Klerman, G. L, & Armor, D. J. (1970). Oral, obsessive, and hysterical personality patterns: Replication of

factor analysis in an independent sample. *Journal of Psychiatric Research, 7,* 275–290.
183. Leibenhuft, E., Gardner, D. L, & Cowdry, R. W. (1987). The inner experience of the borderline self-mutilator. *Journal of Personality Disorders, 1* , 317–324.
184. Leitenberg, H., Yost, L. W., & Carroll-Wilson, M. (1986). Negative cognitive errors in children: Questionnaire development, normative data, and comparison between children with and without self-reported symptoms of depression, low self-esteem, and evaluation anxiety.*Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54(4),* 528–536.
185. Levy, D. (1966). *Maternal overprotection.* New York: Norton.
186. Like, R., & Zyzanski, S. J. (1987). Patient satisfaction with the clinical encounter: Social psychological determinants. *Social Science in Medicine, 24(4),* 351–357.
187. Lilienfeld, S., Van Valkenburg, C., Larntz, K., & Akiskal, H. (1986). The relationships of histrionic personality disorder to antisocial personality and somatization disorders. *American Journal of Psychiatry, 143(6),* 718–721.
188. Linehan, M. M. (1979). Structured cognitive-behavioral treatment of assertion problems. In P. C. Kendall & S. D. Hollon (Eds.), *Cognitive-behavioral interventions: Theory, research and procedures.* New York: Academic Press.
189. Linehan, M. M. (1981). A social-behavioral analysis of suicide and parasuicides: Implications for clinical assessment and treatment. In H. Glazer & J. Clarkin (Eds.), *Depression: Behavioral and directive intervention strategies.* New York: Brunner/Mazel.
190. Linehan, M. M. (1987a). Dialectical behavior therapy: A cognitive behavioral approach to parasuicide. *Journal of Personality Disorders, 1,* 328–333.
191. Linehan, M. M. (1987b). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: Theory and method. *Bulletin of the Menninger Clinic, 51,* 261–276.
192. Linehan, M. M. (1987c). Dialectical behavior therapy in groups: Treating borderline personality disorders and suicidal behavior. In C . M. Brody (Ed.), *Women in groups.* New York: Springer.
193. Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Allmon, D. J., Suarez, A., & Miller, M. L. (1988). *Comprehensive behavioral treatment for suicidal behaviors and borderline personality disorder: II. Treatment retention and one year follow-up of patient use of medical and psychological resources.* Unpublished manuscript, University of Washington, Department of Psychology, Seattle, WA.
194. Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., & Allmon, D. J. (1988). *Comprehensive behavioral treatment for suicidal behaviors and borderline personality disorder: I. Outcome.* Unpublished manuscript, University of Washington, Department of Psychology, Seattle, WA.
195. Lion, J. R. (Ed.). (1981). *Personality disorders: Diagnosis and management.* Baltimore: Williams & Wilkins.
196. Livesley, W. J. (1986). Trait and behavioral prototypes of personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 143(6),* 728–732.
197. Longabaugh, R., & Eldred, S. H. (1973). Premorbid adjustments, schizoid personality and onset of illness as predictors of posthospitalization functioning. *Journal of Psychiatric Research, 10,* 19–29.
198. Lorenger, A., Sussman, V., Oldham, J., & Russakoff, L. M. (1988). *The Personality Disorder Examination.* Unpublished manuscript.
199. Luborsky, L., McLellan, A . T., Woody, G. E., O'Brien, C. P., & Auerbach, A. (1985). Therapist success and its determinants. *Archives of General Psychiatry, 42,* 602–611.
200. Lykken, D. (1957). A study of anxiety in the sociopathic personality. *Journal of Abnormal and Social Psychology, 55,* 6-10.
201. MacKinnon, R. A., & Michaels, R. (1971). *The psychiatric interview in clinical practice.* Philadelphia: W. B. Saunders.
202. MacLeod, C., Mathews, A., & Tata, P. (1986). Attention bias in emotional disorders. *Journal of Abnormal Psychology, 95(1),* 15–20.
203. Mahoney, M. (1980). Behaviorism, cognitivism, and human change processes. In M. A. Reda & M. Mahoney (Eds.), *Cognitive psychotherapies: Recent developments in theory, research, and practice.* Cambridge, MA: Ballinger.
204. Malinow, K. L. (1981). Passive-aggressive personality. In J. R. Lion (Ed.), *Personality disorders: Diagnosis and management.* Baltimore: Williams & Wilkins.
205. Malmquist, C. P. (1971). Hysteria in childhood. *Postgraduate Medicine, 50,* 112–117.
206. Marmor, J. (1953). Orality in the hysterical personality. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 1,* 656–671.
207. Marshall, W. L, & Barbaree, H. E. (1984). Disorders of personality, impulse, and adjustment. In S. M. Turner & M. Hersen (Eds.), *Adult psychopathology and diagnosis.* New York: Wiley.
208. Martin, J., Martin, W., & Slemon, A. G. (1987). Cognitive mediation in person-centered and rational-emotive therapy.*Journal of Counseling Psychology, 34(5),* 251–260.
209. Masterson, J. F. (1978). *New perspectives on psychotherapy of the borderline adult.* New York: Brunner/Mazel.
210. Masterson, J. F. (1980). *From borderline adolescent to functioning adult: The test of time.* New York: Brunner/Mazel.
211. Masterson J. F. (1982, April 17). *Borderline and narcissistic disorders: An integrated developmental approach.* Workshop presented at Adelphi University, Garden City, NY.
212. Masterson J. F. (1985). *Treatment of the borderline adolescent: A developmental approach.* New York: Brunner/Mazel.
213. Mathews, A., & MacLeod, C. (1986). Discrimination of threat cues without awareness in anxiety states.*Journal of Abnormal Psychology,* 95(2), 131–138.
214. Mavissakalian, M., & Hamman, M. S. (1987). DSM-III personality disorder in agoraphobia: II. Changes with treatment. *Comprehensive Psychiatry, 28,* 356–361.
215. Mays, D. T. (1985). Behavior therapy with borderline personality disorder: One clinician's perspective. In D. T. Mays & C. M. Franks (Eds.), *Negative outcome in psychopathology and what to do about it.* New York: Springer.
216. McCord, W., & McCord, J. (1964). *The psychopath: An essay on the criminal mind.* Princeton, NJ: Van Nostrand.
217. McDougall, W. (1921). *An introduction to social psychology* (14th ed.). Boston: John W. Luce.
218. McFall, M. E., & Wollersheim, J. P. (1979). Obsessive-compulsive neurosis: A cognitive-behavioral formulation and approach to treatment. *Cognitive Therapy and Research, 3,* 333–348.
219. McGlashan, T. (1985). *The borderline: Current empirical research.* Washington, DC: American Psychiatric Press.
220. Meehl, P. E. (1962). Schizotaxia, schizotypy, schizophrenia. *American Psychologist, 17,* 827–838.
221. Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive-behavior modification: An integrative approach.* New York: Plenum.
222. Mellsop, G. W. (1972). Psychiatric patients seen as children and adults: Childhood predictors of adult illness.*Journal of Child*

Psychological Psychiatry, 13, 91-101.
223. Mellsop, G. W. (1973). Adult psychiatric patients on whom information during childhood is missing. *British Journal of Psychiatry, 123,* 703–710.
224. Mellsop, G. W., Varghese, F, Joshua, A., & Hicks, A. (1982). The reliability of Axis II of DSM-III. *American Journal of Psychiatry, 139(10),* 1360–1361.
225. Millon, T. (1969). *Modern psychopathology: A biosocial approach to maladaptive learning and functioning.* Philadelphia: W. B. Saunders.
226. Millon, T. (1981). *Disorders of personality: DSM-III, Axis II.* New York: Wiley.
227. Millon, T. (1983). *Millon Clinical Multi-Axial Inventory.* Minneapolis: National Computer Systems.
228. Millon, T. (1987a). *Millon Clinical Multi-Axial Inventory — II.* Minneapolis: National Computer Systems.
229. Millon, T. (1987b). On the genesis and prevalence of the borderline personality disorder: A social learning thesis.*Journal of Personality Disorders, 1,* 354–372.
230. Millon, T., & Everly, G. (1985). *Personality and its disorders.* New York: Wiley.
231. Modell, A. (1976). The holding environment and the therapeutic action of psychoanalysis. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 24,* 255–307.
232. Moore, H. A., Zusman, J., & Root, G. C. (1984). Noninstitutional treatment for sex offenders in Florida. *American Journal of Psychiatry, 142(5),* 964–967.
233. Morris, D. P., Soroker, E., & Burrus, G. (1954). Follow-up studies of shy, withdrawn children: I. Evaluation of later adjustment. *American Journal of Orthopsychiatry, 24,* 743–754.
234. Morrison, L. A., & Shapiro, D. A. (1987). Expectancy and outcome in prescriptive vs. exploratory psychotherapy. *British Journal of Clinical Psychology, 26(1),* 59–60.
235. Nannarello, J. J. (1953). Schizoid.*Journal of Nervous and Mental Disease, 118,* 237–249.
236. Neisser, U. (1976). *Cognition and reality.* San Francisco: W. H. Freeman & Co.
237. Nezu, A. M., & Nezu, C . M. (Eds.). (1989). *Clinical decision making in behavior therapy: A problem-solving perspective.* Champaign, IL: Research Press.
238. Norcross, J. C., Prochaska, J. O., & Gallagher, K. M. (1989). Clinical psychologists in the 1980's: II Theory, research, and practice. *The Clinical Psychologist, 42(3),* 45–53.
239. Nurnburg, H. G., Hurt, S. W., Feldman, A., & Suh, R. (1987). Efficient diagnosis of borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders, 1,* 307–315.
240. Oakley, M. E., & Padesky, C. A. (in press). Cognitive therapy for anxiety disorders. In R. M. Eisler & M. Hersen (Eds.), *Progress in behavior modification.* Newbury Park, CA: Sage.
241. Oates, R., Peacock, A., & Forest, D. (1985). Long-term effects of nonorganic failure to thrive. *Pediatrics, 75(1),* 36–40.
242. Overholser, J. C. (1987). Facilitating autonomy in passive-dependent persons: An integrative model. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 17,* 250–269.
243. Overholser, J. C., Kabakoff, R., & Norman, W. H. (1989). Personality characteristics in depressed and dependent psychiatric inpatients. *Journal of Personality Assessment, 53,* 40–50.
244. Padesky, C. A., & Beck, J. S. (1988). Cognitive threapy treatment for avoidant personality disorders. In C. Perris & M. Eisemann (Eds.), *Cognitive psychotherapy: An update.* Umea, Sweden: DOPUU Press.
245. Perry, J., & Klerman, G. (1980). Clinical features of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 137,* 165–173.
246. Perry, J. C., & Flannery, R. B. (1982). Passive-aggressive personality disorder: Treatment implications of a clinical typology.*Journal of Nervous and Mental Disease, 170,* 164–173.
247. Person, E. (1986). Manipulativeness in entrepreneurs and psychopaths. In W. Reid, D. Dorr, J. Walker, & J. Bonner (Eds.), *Unmasking the psychopath.* New York: Norton.
248. Piaget, J. (1926). *The language and thought of the child.* New York: Harcourt, Brace.
249. Piaget, J. (1936/1952). *The origin of intelligence in children.* New York: International Universities Press.
250. Piaget, J. (1970). *The child's conception of time.* New York: Basic Books.
251. Piaget, J. (1974). *Experiments in contradiction.* Chicago: University of Chicago Press.
252. Piaget, J. (1976). *The grasp of consciousness.* Cambridge, MA: Harvard University Press.
253. Piaget, J. (1978). *Success and understanding.* Cambridge, MA: Harvard University Press.
254. Pilkonis, P. A. (1984). Avoidant and schizoid personality disorders. In H. E. Adams & P. B. Sutker (Eds.), *Comprehensive handbook of psychopathology.* New York: Plenum Press.
255. Pilkonis, P. (1988). Personality prototypes among depressives: Themes of dependency and autonomy.*Journal of Personality Disorders, 2,* 144–152.
256. Pollack, J. M. (1979). Obsessive-compulsive personality: A review. *Psychological Bulletin, 86,* 225–241.
257. Pretzer, J. L. (1983, August). *Borderline personality disorder: Too complex for cognitive-behavioral approaches?* Paper presented at the meeting of the American Psychological Association, Anaheim, CA. (ERIC Document Reproduction Service No. ED 243 007).
258. Pretzer, J. L. (1985, November). *Paranoid personality disorder: A cognitive view.* Paper presented at the meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, Houston, TX.
259. Pretzer, J. L. (1988). Paranoid personality disorder: A cognitive view. *International Cognitive Therapy Newsletter, 4(4),* 10–12.
260. Pretzer, J. L., Beck, A . T., & Newman, C. F. (in press). Stress and stress management: A cognitive view.*Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly.*
261. Pretzer, J. L, & Fleming, B. (1989). Cognitive-behavioral treatment of personality disorders. *The Behavior Therapist, 12,* 105–109.
262. Provence, S., & Lipton, R. (1962). *Infants in institutions.* New York: International Universities Press.
263. Quay, H. C. (1965). Psychopathic personality as pathological stimulation seeking. *American Journal of Psychiatry, 122,* 180–183.
264. Quay, H. C., Routh, D. K., & Shapiro, S. K. (1987). Psychopathology of childhood: From description to validation. *Annual Review of Psychology, 38,* 491–532.

265. Rabins, P. V., & Slavney, P. R. (1979). Hysterical traits and variability of mood in normal men. *Psychological Medicine, 9,* 301–304.
266. Rado, S. (1953). Dynamics and classification of disordered behavior. In *Psychoanalysis of behavior.* New York: Grune & Stratton.
267. Raskin, R., & Novacek, J. (1989). An MMPI description of the narcissistic personality. *Journal of Personality Assessment, 53,* 66–80.
268. Rasmussen, S., & Tsuang, M. (1986). Clinical characteristics and family history in DSM-III obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry, 143,* 317–322.
269. Rehm, L. (1977). A self-control model of depression. *Behavior Therapy, 8,* 787–804.
270. Reich, J. H. (1987). Instruments measuring DSM-III and DSM-III-R personality disorders. *Journal of Personality Disorders, 1,* 220–240.
271. Reich, J. H., & Noyes, R. (1987). A comparison of DSM-III personality disorders in acutely ill panic and depressed patients. *Journal of Anxiety Disorders, 1,* 123–131.
272. Reich, J. H., Noyes, R., & Troughton, E. (1987). Dependent personality disorder associated with phobic avoidance in patients with panic disorder. *American Journal of Psychiatry, 144,* 323–326.
273. Reich, W. (1945). *Character analysis* (3rd, enlarged ed.). New York: Simon & Schuster.
274. Reid, W. H. (Ed.) (1981). *The treatment of the antisocial syndromes.* New York: Van Nostrand.
275. Reider, R. O. (1979). Borderline schizophrenia: Evidence of its validity. *Schizophrenia Bulletin, 5,* 39–46.
276. Robins, L. (1966). *Deviant children grown up.* Baltimore: Williams & Wilkins.
277. Robins, L, Helzer, J., Weissman, M., Orvaschel, H., Gruenberg, E., Burke, J., & Regier, D. (1984). Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Archives of General Psychiatry, 41,* 949–958.
278. Roff, J. D., Knight, R., & Wertheim, E. (1976). A factor analytic study of childhood symptoms antecedent to schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology, 85,* 543–549.
279. Rosenthal, D., Wender, P. H., Kety, S. S., Welner, J., & Schulsinger, F. (1971). The adopted away offspring of schizophenics. *American Journal of Psychiatry, 128,* 307–311.
280. Rush, A. J., & Shaw, B. F. (1983). Failure in treating depression by cognitive therapy. In E. B. Foa & P. G. M. Emmelkamp (Eds.), *Failures in behavior therapy.* New York: Wiley.
281. Salzman, L. (1973). *The obsessive personality.* New York: Jason Aronson.
282. Saul, L. J., & Warner, S. L. (1982). *The psychotic personality.* New York: Van Nostrand.
283. Scarr, S. (1987). Personality and experience: Individual encounters with the world. In J. Aronoff, A. I. Robin, & R. A. Zucker (Eds.), *The emergence of personality.* New York: Springer.
284. Schank, R. C., & Abelson, R. P. (1977). *Scripts, plans, goals, and understanding.* Hillsdale, NJ: Erlbaum.
285. Shapiro, D. (1965). *Neurotic styles.* New York: Basic Books.
286. Shapiro, D. (1981). *Autonomy and rigid character.* New York: Basic Books.
287. Shelton, J. L, & Levy, R. L. (1981). *Behavioral assignments and treatment compliance: A handbook of clinical strategies.* Champaign, IL: Research Press.
288. Siever, L. J. (1981). Schizoid and schizotypal personality disorders. In J. R. Lion (Ed.), *Personality disorders: Diagnosis and management.* Baltimore: Williams & Wilkins.
289. Siever, L. J., & Gunderson, J. G. (1983). The search for a schizotypal personality: Historical origins and current status. *Comprehensive Psychiatry, 24,* 199–212.
290. Simon, K. M. (1983, August). *Cognitive therapy with compulsive patients: Replacing rigidity with structure.* Paper presented at the meeting of the American Psychological Association, Anaheim, CA.
291. Simon, K. M. (1985, November). *Cognitive therapy of the passive-aggressive personality.* Paper presented at the meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, Houston, TX.
292. Slavney, P. R. (1978). The diagnosis of hysterical personality disorder: A study of attitudes. *Comprehensive Psychiatry, 19,* 501–507.
293. Slavney, P. R. (1984). Histrionic personality and antisocial personality: Caricatures of stereotypes? *Comprehensive Psychiatry, 25,* 129–141.
294. Slavney, P. R., Breitner, J. C. S., & Rabins, P. V. (1977). Variability of mood and hysterical traits in normal women.*Journal of Psychiatric Research, 13,* 155–160.
295. Slavney, P. R., & McHugh, P. R. (1974). The hysterical personality. *Archives of General Psychiatry, 30,* 325–332.
296. Slavney, P. R., & Rich, G. (1980). Variability of mood and the diagnosis of hysterical personality disorder. *British Journal of Psychiatry, 136,* 402–404.
297. Small, I. F., Small, J. G., Alig, V. B ., & Moore, D. F. (1970). Passive-aggressive personality disorder: A search for a syndrome. *American Journal of Psychiatry, 126,* 973–983.
298. Smith, D. (1982). Trends in counseling and psychotherapy. *American Psychologist,* 37(7), 802–809.
299. Smokler, I. A., & Shevrin, H. (1979). Cerebral lateralization and personality style. *Archives of General Psychiatry, 36,* 949–954.
300. Spitzer, R. L. (1977, September 20). *Memorandum to members of the advisory committee on personality disorders, American Psychiatric Association.*
301. Spitzer, R. L, Endicott, J., & Gibbon, M. (1979). Crossing the border into borderline personality and borderline schizophrenia: The development of criteria. *Archives of General Psychiatry, 36,* 17–24.
302. Spitzer, R., Forman, J., & Nee, J. (1979). DSM-III field trials: 1. Initial interrater diagnostic reliability. *American Journal of Psychiatry, 136,* 815–817.
303. Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., & Gibbon, M. (1987). *Instruction manual for the Structured Clinical Interview for the DSM-III-R (SCID).* New York: Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute.
304. Spivack, G., & Shure, M. B. (1974). *Social adjustment of young children: A cognitive approach to solving real-life problems.* San Francisco: Jossey-Bass.
305. Standage, K., Bilsbury, C., Jain, S., & Smith, D. (1984). An investigation of role-taking in histrionic personalities. *Canadian Journal of Psychiatry, 29,* 407–411.
306. Stangl, D., Pfohl, B ., Zimmerman, M., Bowers, W., & Corenthal, C. (1985). A structured interview for the DSM-III

personality disorders: A preliminary report. *Archives of General Psychiatry, 42,* 591–596.
307. Stephens, D. A., Atkinson, M. W., Kay, E. W., Roth, M., & Garside, R. F. (1975). Psychiatric morbidity in parents and sibs of schizophrenics and non-schizophrenics. *British Journal of Psychiatry, 127,* 97-108.
308. Stephens, J. H., & Parks, S. L. (1981). Behavior therapy of personality disorders. In J. R. Lion (Ed.), *Personality disorders: Diagnosis and management* (2nd ed.). Baltimore: Williams & Wilkins.
309. Stone, M. H. (1985). Negative outcome in borderline states. In D. T. Mays & C. M. Franks (Eds.), *Negative outcome in psychotherapy and what to do about it.* New York: Springer.
310. Stravynski, A., Marks, I, & Yule, W. (1982). Social skills problems in neurotic outpatients: Social skills training with and without cognitive modification. *Archives of General Psychiatry, 39,* 1378–1385.
311. Sullivan, H. S. (1956). *Clinical studies in psychiatry.* New York: Norton.
312. Svrakic, D. (1985). Emotional features of narcissistic personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 142(6),* 720–724.
313. Temoshok, L, & Heller, B . (1983). Hysteria. In R. J. Daitzman (Ed.), *Diagnosis and intervention in behavior therapy and behavioral medicine.* New York: Springer.
314. Templeton, T., & Wollersheim, J. (1979). A cognitive-behavioral approach to the treatment of psychopathy. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice, 16(2),* 132–139.
315. Thompson-Pope, S. K., & Turkat, I. D. (in press). Reactions to ambiguous stimuli among paranoid personalities.*Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment.*
316. Torgersen, S. (1980). The oral, obsessive and hysterical personality syndromes. *Archives of General Psychiatry, 37,* 1272–1277.
317. Turkat, I. D. (1985). Formulation of paranoid personality disorder. In I. D. Turkat (Ed.), *Behavioral case formulation.* New York: Plenum.
318. Turkat, I. D. (1986). The behavioral interview. In A. R. Ciminero, K. S. Calhoun, & H. E. Adams (Eds.), *Handbook of behavioral assessment* (2nd ed.). New York: Wiley.
319. Turkat, I. D. (1987). The initial clinical hypothesis. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 18,* 349–356.
320. Turkat, I. D., & Banks, D. S. (1987). Paranoid personality and its disorder. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 9,* 295–304.
321. Turkat, I. D., & Carlson, C. R. (1984). Data-based versus symptomatic formulation of treatment: The case of a dependent personality. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 15,* 153–160.
322. Turkat, I. D., & Levin, R. A. (1984). Formulation of personality disorders. In H. E. Adams & P. B. Sutker (Eds.), *Comprehensive handbook of psychopathology.* New York: Plenum Press.
323. Turkat, I. D., & Maisto, S. A. (1985). Personality disorders: Application of the experimental method to the formulation and modification of personality disorders. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders.* New York: Guilford Press.
324. Turner, S. M. (1987). The effects of personality disorder diagnosis on the outcome of social anxiety symptom reduction.*Journal of Personality Disorders, 1,* 136–143.
325. Turner, S. M., Beidel, D. C., Dancu, C. V., & Keys, D. J. (1986). Psychopathology of social phobia and comparison. *Journal of Abnormal Psychology, 95(4),* 389–394.
326. United States Joint Armed Services. (1949). *Nomenclature and methods of recording mental conditions.* Washington,DC: Author.
327. Vaillant, G. (1978). Natural history of male psychological health: IV. What kinds of men do not get psychosomatic illness? *Psychosomatic Medicine, 40* ,420–431.
328. Vaillant, G., & Drake, R. (1985). Maturity of ego defenses in relation to DSM-III Axis II personality disorder. *Archives of General Psychiatry, 42* ,597–601.
329. Vieth, I. (1977). Four thousand years of hysteria. In M. Horowitz (Ed.), *Hysterical personality.* New York: Jason Aronson.
330. Volkan, V. (1981). *Linking objects and linking phenomena: A study of the forms, symptoms, metapsychology, and therapy of complicated mourning.* New York: International Universities Press.
331. Wachtel, P. L. (Ed.). (1982). *Resistance: Psychodynamic and behavioral approaches.* New York: Plenum Press.
332. Waelder, R. (1925). The psychoses, their mechanisms, and accessibility to influence. *International journal of Psycho-Analysis, 6,* 259–281.
333. Waldinger, R. J., & Gunderson, J. G. (1987). *Effective psychotherapy with borderline patients: Case studies.* New York: Macmillan.
334. Walker, L. (1979). *The battered woman.* New York: Harper & Row.
335. Walker, L. (1980). Battered women. In A. M. Brodsky & R. T. Hare-Mustin (Eds.), *Women and psychotherapy.* New York: Guilford Press.
336. War Department. (1945). *Nomenclature and recording diagnoses* (Technical Bulletin No. 203). Washington, DG: Author.
337. Ward, L. G., Freidlander, M. L, & Silverman, W. K. (1987). Children's depressive symptoms, negative self-statements, and causal attributions for success and failure. *Cognitive Therapy and Research, 11(2)* ,215–227.
338. Watt, N. F. (1978). Patterns of childhood social development in adult schizophrenics. *Archives of General Psychiatry, 35* ,160–165.
339. Weintraub, W. (1981). Compulsive and paranoid personalities. In J. R. Lion (Ed.), *Personality disorders: Diagnosis and management.* Baltimore: Williams & Wilkins.
340. West, M., & Sheldon, A. E. R. (1988). Classification of pathological attachment patterns in adults.*Journal of Personality Disorders, 2,* 153–159.
341. Whitman, R. M., Trosman, H., & Koenig, R. (1954). Clinical assessment of passive-aggressive personality. *Archives of Neurology and Psychiatry, 72* ,540–549.
342. Widiger, T. A., & Frances, A. (1985). The DSM-III personality disorders: Perspectives from psychology. *Archives of General Psychiatry, 42* ,615–623.
343. Widiger, T. A ., & Sanderson, C. (1987). The convergent and discriminant validity of the MCMI as a measure of DSM-III personality disorders.*Journal of Personality Assessment, 51(2)* ,228–242.
344. Widiger, T. A., Sanderson, C., & Warner, L. (1986). The MMPI, prototypal typology, and borderline personality disorder. *Journal of Personality Assessment, 50* ,540–553.

345. Woerner, M. G., Pollack, M., Rogalski, C., Pollack, Y., & Klein, D. F. (1972). A comparison of personality disorders, schizophrenics, and their sibs. In M. Roff, L. N. Robins, & M. Pollack (Eds.), *Life history research in psychopathology* (Vol. 2). Minneapolis: University of Minnesota Press.
346. Wolff, S., & Barlow, A. (1979). Schizoid personality in childhood: A comparative study of schizoid, autistic and normal children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 20,* 29–46.
347. Woody, G. E., McLellan, A . T., Luborsky, L, & O'Brien, C. P. (1985). Sociopathy and psychotherapy outcome. *Archives of General Psychiatry, 42,* 1081–1086.
348. Woolson, A. M., & Swanson, M. G. (1972). The second time around: Psychotherapy with the «hysterical woman». *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice, 9,* 168–175.
349. World Health Organization. (1977). *International classification of diseases* (9th ed.). Geneva: Author.
350. World Health Organization, (in preparation). *International classification of diseases* (10th ed.). Geneva: Author.
351. Yarrow, L. (1961). Maternal deprivation. *Psychological Bulletin, 58,* 459–490.
352. Young, J. (1983, August). *Borderline personality: Cognitive theory and treatment.* Paper presented at the meeting of the American Psychological Association, Anaheim, CA.
353. Young, J. (1984, November). *Cognitive therapy with difficult patients.* Workshop presented at the meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, Philadelphia, PA.
354. Young, J. (1987). *Schema-focused cognitive therapy for personality disorders.* Unpublished manuscript, Center for Cognitive Therapy, New York.
355. Young, J., & Swift, W. (1988). Schema-focused cognitive therapy for personality disorders: Part I. *International Cognitive Therapy Newsletter, 4(5),* 13–14.
356. Zetzel, E. (1968). The so-called good hysteric. *International Journal of Psycho-Analysis, 49,* 256–260.
357. Zimmerman, M., Pfohl, B ., Stangi, D., & Coryell, W. (1985). The validity of DSM-III Axis IV. *American Journal of Psychiatry, 142(12),* 1437–1441.
358. Zuroff, D., & Mongrain, M. (1987). Dependency and self-criticism: Vulnerability factors for depressive affective states.*Journal of Abnormal Psychology, 96,* 14–22.
359. Zwemer, W. A., & Deffenbacher, J. L. (1984). Irrational beliefs, anger, and anxiety.*Journal of Counseling Psychology, 31(3)* , 391–393.

---

[1] В данном контексте термины «схемы», «правила» и «основные убеждения» используются более или менее взаимозаменяемо. Более строго, «схемы» — это когнитивные структуры, которые организуют опыт и поведение; «убеждения» и «правила» отражают содержание схем и, как следствие этого, определяют содержание мышления, эмоций и поведения. Явления типа автоматических мыслей рассматриваются как продукт схемы (Beck et al., 1979).

[2] В этой книге мы придерживаемся пересмотренного третьего издания «Руководства по диагностике и статистической классификации психических расстройств» (American Psychiatric Association, 1987). Обычные синдромы, такие как большое депрессивное расстройство или общая тревога, проявляющиеся в наборах выраженных субъективных симптомов, классифицируются как заболевания Оси I, а расстройства личности — как заболевания Оси II.

[3] Как было отмечено в главе 2, пограничное и шизотипическое расстройства не включены в нашу дифференциацию стратегий, потому что эти два расстройства не отличаются определенным содержанием мышления.

[4] Доктор Ютака Оно (личный контакт, 1988) независимо от нас также пришла к подобному выводу.

[5] Для детального обсуждения используемого подхода к регуляции стресса см.: Pretzer, Beck, & Newman (в печати).

[6] Следует обратить внимание на то, что ранее в тексте речь шла о швейцарском психиатре Манфреде Блейлере, а ссылка дается на работу его отца, Эйгена Блейлера. — Примеч. перев.

[7] В DSM-IVV-кодами обозначены следующие диагнозы: несогласие с лечением (V15.81); физическое/сексуальное насилие по отношению ко взрослым (V61.1); проблемы в отношениях между родителями и детьми (V61.20); физическое/сексуальное насилие по отношению к детям (V61.21); проблемы в отношениях между сиблингами (V61.8); проблемы, связанные с психическим заболеванием или общим состоянием здоровья (V61.9); проблемы на работе (V62.2); проблемы в учебе (V62.3); проблемы культурной адаптации (V62.4); проблемы в отношениях с людьми (V62.81); тяжелая утрата (V62.82); пограничная интеллектуальная деятельность, проблемы, связанные с возрастными периодами, религиозные или духовные проблемы (V62.89); симуляция (V65.2); антисоциальное поведение у взрослых (V71.01); антисоциальное поведение у детей и подростков (V71.02); отсутствие диагнозов Оси I и Оси II (V71.09). — Примеч. перев.

[8] Пограничное расстройство личности не включено в этот список, поскольку мы рассматриваем его как менее определенное по содержанию, чем другие расстройства.

Под редакцией А. Бека и А. Фримена
Когнитивная психотерапия расстройств личности
Cognitive Therapy of Personality Disorders
Серия: Практикум по психотерапии
Издательство: Питер 2002 г.
Мягкая обложка, 544 стр.
ISBN 5-318-00199-8, 0-89862-434-7
Тираж: 5000 экз.
Формат: 84x108/32
Пер. с англ. С.Комарова